



UNIVERSIDADE D
COIMBRA

Mafalda Sofia Paço de Sousa Esteves

**PERFIL DE FUNCIONAMENTO NEUROCOGNITIVO E
REFORMA ANTECIPADA POR INVALIDEZ: UM ESTUDO
DE *FOLLOW-UP***

Dissertação de Mestrado Integrado em Psicologia, apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, área de especialização em Psicologia Clínica e da Saúde, subárea de especialização em Psicologia Forense, sob a orientação da Doutora Maria Manuela Pereira Vilar (Professora Auxiliar, FPCE-UC) e da Doutora Liliana B. Sousa (Psicóloga, Membro colaborador do CINEICC e do PsyAssessmentLab da FPCE-UC)

Setembro de 2019

Agradecimentos

A Dissertação de Mestrado marca o fim, não só do curso, mas de um longo percurso que me formou, académica e pessoalmente. Este ano em particular foi um ano exigente, que contou com o apoio, carinho e paciência de pessoas que se foram tornando importantes ao longo destes anos de vida. Assim, faz sentido lembrá-las e agradecer-lhes por terem contribuído para o meu sucesso académico e para a minha formação enquanto pessoa, que continuará na etapa que se segue.

Em primeiro lugar, agradeço à minha família, em particular aos meus pais, que sempre tiveram como prioridade a minha educação, que me deram todas as oportunidades de me formar e de crescer, que me apoiam incondicionalmente nas minhas escolhas e que me incentivam a ser sempre mais e melhor. Ainda, agradecer-lhes a paciência, a compreensão e apoio em todos os momentos da minha vida, que permitem que os momentos mais difíceis não sejam vividos sozinha.

Em segundo lugar, agradeço a todos os professores que me acompanharam no Mestrado, em particular à Professora Doutora Maria Manuela Vilar e à Doutora Liliana Sousa, que tão bem me orientaram este ano. Agradecer pela dedicação e disponibilidade, pelo entusiasmo, pela preocupação, amizade e calma transmitidas.

Congratulo, ainda, os profissionais que facilitaram a recolha da amostra e os contactos com a clínica, que me permitiram explorar uma área da Psicologia com a qual ainda não tinha contactado diretamente e que foi tão importante para o desenvolvimento deste trabalho.

Finalmente, agradeço aos meus amigos, pois felizmente tenho a sorte de ter neles uma grande fonte de apoio e de motivação e por vezes, mesmo inconscientemente, trazem tanta paz e alegria à minha vida. Sem dúvida que as minhas boas amizades foram cruciais para que este ano tivesse corrido da melhor forma e para que, em dias em que o trabalho apertava, a motivação não faltasse.

Obrigada a todos por me ajudarem a ser melhor pessoa e melhor profissional.

Resumo

Introdução: A esperança média de vida tem aumentado, bem como o envelhecimento da população. Sabe-se que o declínio cognitivo acelera a partir dos 50 a 60 anos de idade, mas a idade de reforma estipulada por lei é de 66 anos e 5 meses, existindo porém a possibilidade de pedir reforma antecipada por invalidez, mediante justificação apurada por uma junta médica. Existem poucos estudos realizados sobre o impacto que a obtenção ou não obtenção de reforma antecipada por invalidez pode ter nesse declínio. Este estudo pretende ser inovador nesta área de investigação, contribuindo para o conhecimento científico do tema e para a elaboração de um protocolo de avaliação neuropsicológica estruturado.

Objetivos: Com este estudo pretende-se caracterizar o perfil neurocognitivo obtido na avaliação *follow-up* e compará-lo com o perfil de funcionamento previamente estabelecido, numa primeira avaliação, aquando do pedido de reforma antecipada por invalidez. Adicionalmente, pretende-se averiguar a existência de diferenças no perfil de funcionamento, em função da obtenção ou não obtenção do pedido de reforma antecipada por invalidez.

Método: Foi analisada uma amostra de conveniência, da comunidade, de 14 sujeitos, que se disponibilizaram para realizar uma avaliação neuropsicológica de *follow-up*. O protocolo de avaliação neuropsicológica incluiu instrumentos de rastreio cognitivo (ACE-R), de perfil neurocognitivo (TMT A & B, FVF e FVS, FCR, Listas de Palavras I e II/WMS-III, Código e Memória de Dígitos/WAIS-III), de capacidade funcional (IAFAI) e de validade de desempenho (Rey 15-IMT).

Resultados: Neste estudo, sobressai a variabilidade e heterogeneidade em termos de resultados, quer no grupo que obteve, quer no que não obteve reforma. No entanto, as funções executivas, planificação e resolução de problemas, memória visual, capacidade visuoespacial, atenção e capacidades visuomotoras constituem um núcleo de funcionamento a considerar, no âmbito dos processos de pedido de reforma antecipada por invalidez. A escolaridade surge como uma variável protetora, atenuando o declínio cognitivo. A nível da capacidade funcional, não foram encontradas diferenças em função da obtenção ou não obtenção de reforma, uma vez que todos os sujeitos obtêm resultados maioritariamente inferiores à média.

Conclusões: Não encontramos um efeito distintivo da obtenção/ não obtenção da reforma no perfil neurocognitivo. É apontada a necessidade de acompanhamento dos sujeitos em situação e de pedido de reforma antecipada por invalidez e pós-reforma. Este estudo tem algumas limitações, tendo contribuído, no entanto, para a validação de uma proposta de protocolo breve de avaliação neuropsicológica.

PALAVRAS-CHAVE: Reforma antecipada por invalidez, Incapacidade para o trabalho, Perito forense, Avaliação *follow-up* neuropsicológica, Perfil Neurocognitivo

Abstract

Introduction: Life expectancy has increased, as well as the aging of the population. It is known that cognitive decline starts at 50 to 60 years of age, but the retirement age stipulated by law is 66 years and 5 months, with the possibility of requiring early retirement by incapacity upon justification from a medical board. There are few studies conducted on the possible impact of early retirement on cognitive decline. This study aims to be innovative in this area of research, contributing to the scientific knowledge of the thematic and the elaboration of a structured neuropsychological assessment protocol.

Objectives: This study aims to characterize do neurocognitive profile obtained in a follow up assessment, and compared it to previously established functioning profile. Additionally, the study aims to understand if there are differences in the evolution/characteristics of the profile in the subsamples depending on the positive or negative response to the early retirement request.

Method: We analyzed a community convenience sample of 14 subjects who volunteered to perform a follow-up neuropsychological assessment. The neuropsychological evaluation protocol includes instruments of cognitive screening (ACE-R), of neurocognitive profile (TMT A & B, Semantic and Phonemic Verbal Fluency, Rey Complex Figure Test, Word Lists I and II/WMS-III, Code and Digit Span/WAIS-III), of functional (in)capacity (IAFAI/Adults and Older Adults Functional Assessment Inventory), and performance validity (Rey 15-IMT).

Results: In this study, we highlight the variability and heterogeneity in terms of results, both in retired and non-retired subjects' groups. However, executive functions, planning and problem solving, visual memory, visuoconstructive/visuospatial capacity, attention and visuomotor capacities constitute a neurocognitive functions to consider in the context of early retirement claims. Education level emerges as a protective factor, attenuating cognitive decline. In regards of functional capacity, no differences were found as a result of obtaining or not obtaining retirement, since all subjects obtained results that were mostly below the average.

Conclusions: We did not find a distinctive effect of obtaining/not obtaining retirement on the neurocognitive profile. The need for monitoring retired subjects and subjects requesting early retirement for incapacity is pointed out. Although this study has some limitations, it has contributed to the validation of a proposal for a brief protocol for neuropsychological assessment.

KEYWORDS: Early retirement, Disablement/Incapacity for work, Forensic expert, Follow up Neuropsychological Assessment, Neurocognitive Functioning

Índice

Introdução.....	7
Perfil de funcionamento neurocognitivo e reforma antecipada por invalidez: Um estudo de <i>follow-up</i>	11
I – Contextualização Teórica.....	11
1.1. Enquadramento Legal Português referente ao pedido de reforma antecipada por invalidez	11
1.2. A peritagem forense e a importância da avaliação neuropsicológica no âmbito do pedido de reforma antecipada por invalidez.....	12
1.3. Envelhecimento Cognitivo	13
1.4. Fatores e motivos associado ao pedido de reforma antecipada	15
1.5. O impacto da reforma/não reforma na Cognição	18
1.6. Perfil neuropsicológico e pedido de reforma antecipada por invalidez: um estudo exploratório português	22
II – Objetivos	23
III – Metodologia	24
3.1. Considerações Éticas	24
3.2. Participantes	24
3.3. Instrumentos e Procedimentos	24
3.4. Análise Estatística.....	25
IV – Resultados	26
4.1. Caracterização da amostra.....	26
4.2. Análise de <i>follow-up</i> em função da obtenção ou não obtenção de reforma antecipada por invalidez.....	27
4.3. Análise dos perfis em função da obtenção ou não obtenção de reforma antecipada por invalidez.....	32
V – Discussão.....	36
Conclusão.....	43
Bibliografia	45
Anexos	51
Anexo A. <i>Protocolo de avaliação neuropsicológica</i>	52
Anexo B. <i>Perfil de follow-up em função da obtenção ou não obtenção de reforma</i>	54
Anexo C. <i>Perfil de funcionamento neurocognitivo dos sujeitos que obtiveram reforma</i>	55
Anexo D. <i>Perfil de funcionamento neurocognitivo dos sujeitos que não obtiveram reforma</i>	62

Introdução

Há várias razões pelas quais o estudo do impacto que a reforma tem no funcionamento cognitivo das pessoas é relevante, incluindo compreender o processo específico de obtenção/ não obtenção de reforma antecipada por invalidez, bem como perceber quais os fatores cognitivos subjacentes a este pedido. Em primeiro lugar, tem havido um envelhecimento da população mundial (Coggan, 2011, como citado em Horner, 2014), que está associado a um aumento do número de pessoas em idade de reforma. Tal facto, deve-se ao aumento da esperança média de vida (Kinsella & Phillips, 2005) e à diminuição da taxa de natalidade (Grant et al., 2004). Estudos prospetivos indicam que a população dos países da Europa Ocidental, em 2050, terá o dobro de pessoas acima dos 65 anos de idade, comparativamente ao grupo abaixo dos 15 anos (Cendrowicz, 2010, como citado em Horner, 2014). Segundo Droogenbroeck e Spruyt (2014), na maioria dos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), da qual Portugal faz parte, muitos trabalhadores reformam-se consideravelmente mais cedo do que a média de idade de reforma estipulada pelos países, cuja média ronda os 65 anos. Contudo, de modo a suprimir o efeito da esperança média de vida e a assegurar a sustentabilidade do sistema de reformas, muitos países têm aumentado progressivamente a idade de reforma (Horner, 2014). Assim, tem sido colocada em causa a sustentabilidade do atual modelo de contribuição para as aposentações, uma vez que há um número crescente de pessoas aposentadas, que não é contrabalanceado pelo número de pessoas em idade contributiva. Também o crescimento económico de muitos países industrializados está fragilizado (Fischer & Sousa-Poza, 2006). Além disso, com o progressivo aumento da idade estipulada para a reforma, é preciso ter em atenção o impacto que este pode ter nas pessoas, nomeadamente a nível cognitivo e emocional, considerando também as especificidades do próprio envelhecimento. Neste âmbito, tem-se falado cada vez mais no *burnout*, que remete para uma combinação de exaustão emocional, despersonalização e um sentimento de não realização pessoal (Bianchi, Schonfeld, & Laurent, 2019), colocando a questão da antecipação de reforma por motivo de invalidez. Assim, surge a questão dos motivos subjacentes ao pedido de reforma, incluindo os de natureza cognitiva, que acentuam a perceção de *burnout*, por exemplo, dificuldades/fraca autoavaliação de memória, atenção/concentração (cf. Golonka et al., 2017). Adicionalmente, Tumino (2016) apresenta, entre outros motivos de interesse para o estudo do impacto da reforma, o facto de as medidas cognitivas/perfil de funcionamento cognitivo estarem correlacionadas com a saúde. Refere, então, estudos que sugerem que na reforma existe uma associação entre menor capacidade cognitiva e maior mortalidade, com prevalência de doenças cardiovasculares, suicídio, homicídio e acidentes

(Deary, 2012, como citado em Tumino, 2016), colocando a questão da adequada preparação para a reforma. Também Salthouse (2012, como citado em Tumino, 2016) observa, no âmbito da obtenção de reforma, uma associação entre o funcionamento cognitivo das pessoas e a capacidade de viverem de forma independente; adicionalmente, estando esta capacidade preservada, há menor risco de depressão e melhor estado de saúde geral. Este é um momento de grande mudança na vida dos indivíduos, havendo dados díspares no que diz respeito ao impacto que tem no declínio cognitivo dos sujeitos. Há dados que mostram quer um efeito negativo, por estas pessoas se envolverem em menos atividades estimulantes cognitivamente e por haver uma redução de atividades sociais, quer efeitos positivos, já que mais tempo livre pode significar maior envolvimento em atividades de lazer, que podem ser estimulantes, e a inexistência das eventuais dificuldades inerentes ao exercício da profissão/do trabalho (Promoteur, Facult, & Ann, 2018).

Em Portugal está prevista a possibilidade de obtenção de reforma antecipada por invalidez, quando provada a incapacidade permanente para o trabalho, por uma Junta Médica. Os requerentes devem ser submetidos a uma avaliação do seu estado físico e mental, para determinar a capacidade para o trabalho ainda apresentada. Consoante a capacidade determinada, define-se a invalidez como relativa ou absoluta (cf. Dores, 2013). Segundo os dados do Instituto Nacional de Estatística (INE, 2013), entre os 50 e os 69 anos, 13.7% de um total de cerca de 895000 pessoas, recebiam uma pensão por invalidez. Tendo em conta os números publicados em 2018 pela mesma entidade (INE, 2018), em 2017 havia 145223 pensionistas registados na Segurança Social com reforma antecipada. Contudo, as estatísticas mostram um ligeiro decréscimo ao longo dos anos, já que em 2013 havia um registo de 155581 pensionistas neste regime. Pode questionar-se se o número de pedidos decresceu, ou se terá sido o número de pedidos deferidos a diminuir, mas estes valores/dados não foram encontrados na pesquisa que efetuámos. Estes dados demonstram a atualidade e importância desta temática. Ainda estão, também, por conhecer as implicações, a nível do funcionamento neuropsicológico dos sujeitos, da obtenção da reforma e/ou da continuação laboral.

É ainda importante referir o papel da peritagem forense neste tipo de avaliações, já que cabe a estes profissionais assistir na tomada de decisões legais, aplicando conhecimentos e atualizando práticas de neuropsicologia/avaliação neuropsicológica (LaDuke, DeMatteo, Heilbrun, & Swirsky-Sacchetti, 2012). Neste contexto, é necessário realizar uma avaliação precisa e detalhada, de carácter imparcial, para sustentar devidamente o pedido realizado (Bush et al., 2005). Ainda não está bem definido legalmente o papel do Psicólogo Forense neste contexto, inclusive em Portugal, nem existe uma linha orientadora que uniformize os protocolos de avaliação usados, a fim de responder a este tipo de pedidos. Assim sendo, tendo em conta a complexidade da tomada de decisão relativamente à obtenção de reforma, pretende-se que esta dissertação contribua também para a reflexão acerca da importância da peritagem forense e para a

elaboração de um protocolo avaliativo que se foque nos domínios/funções mais importantes, no âmbito deste processo.

Há dois grandes campos de estudo nesta área, sendo um conduzido maioritariamente por economistas, visando compreender o efeito causal da reforma no declínio cognitivo, e um segundo, realizado por psicólogos, que tem como objetivo averiguar a trajetória da cognição no envelhecimento e qual o papel da reforma na mesma (Denier, Clouston, Richards, & Hofer, 2017). Ambos os campos contribuem para uma melhor compreensão deste tema/problemática de investigação, mas ainda há poucos estudos que usem uma bateria de instrumentos de avaliação neuropsicológica representativa e compreensiva. Não foram encontrados estudos de cariz semelhante, em Portugal, nem com um protocolo de avaliação detalhado, na literatura estrangeira. Contudo, Figueiredo (2019), no âmbito da realização de uma tese de Mestrado Integrado em Psicologia, começou a dar os primeiros passos neste segundo campo de estudo, permitindo compreender alguns dos motivos que levam ao pedido de reforma antecipada por invalidez, incluindo os de cariz cognitivo, bem como o perfil de funcionamento neuropsicológico dos sujeitos. Com este estudo, pretendeu-se apurar as características das pessoas que pediam este tipo de reforma, quais as variáveis demográficas e clínicas subjacentes, quais os motivos e condições físicas, cognitivas e/ou emocionais e, finalmente, delinear um perfil de funcionamento neuropsicológico dos sujeitos (Figueiredo, 2019). Neste estudo, compreendeu-se que o motivo mais apresentado era a vulnerabilidade emocional, notório também nos resultados que indicavam a presença de sintomatologia clinicamente significativa. O perfil de funcionamento encontrado apontava para valores médios de inteligência pré-mórbida, baixas pontuações a nível das funções executivas e atencionais complexas, bem como a nível do perfil funcional. Partindo dos resultados e conclusões do estudo de Figueiredo (2019), o presente estudo tem um caráter de *follow-up* e tem como objetivo compreender o perfil de funcionamento neurocognitivo no contexto da obtenção/não obtenção da reforma por invalidez. Deste modo, comparar-se-ão os dados de avaliação neuropsicológica recolhidos para o estudo previamente mencionado, com os dados referentes à reavaliação dos sujeitos, recolhidos para esta investigação, especificamente, no que concerne o perfil cognitivo.

Pretende-se que seja um estudo inovador na área da Avaliação Neuropsicológica em contexto Forense, aplicada ao processo de decisão e de avaliação da capacidade para o trabalho, bem como relativamente aos efeitos da obtenção ou não obtenção de Reforma Antecipada por Invalidez na capacidade cognitiva dos sujeitos. Pretende-se compreender o fenómeno da reforma antecipada por invalidez, considerando os motivos que estão na base do pedido, nomeadamente os de caráter cognitivo e perceber o perfil de funcionamento neurocognitivo, enquanto se aguarda a resposta ao referido pedido, bem como de que modo a obtenção/não obtenção de reforma tem impacto nas funções cognitivas (e, havendo impacto, compreender se atua como fator protetor ou precipitante do declínio cognitivo mais acentuado). Do mesmo modo, estas informações podem

também ajudar a compreender a realidade portuguesa, fornecendo dados aos decisores e legisladores, no âmbito deste processo. Complementarmente, está a ser desenvolvida outra investigação, visando estudar/compreender o perfil de funcionamento emocional/socioafetivo, nesse âmbito.

De modo a melhor conhecer a problemática, começar-se-á por fazer um enquadramento teórico, onde será inicialmente explicado o contexto legal português, no que diz respeito à reforma antecipada por invalidez e seus critérios, e explicada a importância do psicólogo forense no processo avaliativo dos pedidos de antecipação de reforma por invalidez/incapacidade. Será feito um resumo do conhecimento científico sobre a desaceleração cognitiva normal/normativa expectável com a idade, seguida de hipóteses teóricas explicativas do efeito que a reforma pode ter na mesma, bem como a apresentação de estudos previamente realizados no âmbito destas temáticas. Seguidamente, será apresentado o estudo desenvolvido, incluindo objetivos do mesmo, metodologia utilizada e resultados obtidos, sendo estes posteriormente discutidos e interpretados à luz da prévia conceptualização. Serão ainda apresentadas, em jeito de conclusão, as limitações do presente estudo, assim como sugestões para potenciais/futuras investigações, salientando o contributo do mesmo para a comunidade científica, bem como para a área clínica forense, já que se pretende contribuir para a realidade prática, oferecendo contributos para a elaboração de um protocolo de avaliação robusto em termos de medida (neuro)psicológica, representativo, válido e útil.

Perfil de funcionamento neurocognitivo e reforma antecipada por invalidez: Um estudo de *follow-up*

I – Contextualização Teórica

1.1. Enquadramento Legal Português referente ao pedido de reforma antecipada por invalidez

Em Portugal, a idade de reforma estipulada é de 66 anos e 5 meses, como consta da Portaria n.º 25/2018 de 18 de Janeiro, publicada em Diário da República. No entanto, estão contemplados na lei motivos pelos quais é possível obter a reforma antecipadamente. No Decreto-Lei n.º 119/2018, é apresentado o regime de flexibilização da idade de reforma, aplicado a quem tenha anos de descontos aos 60 anos de idade. Existe a reforma antecipada para carreiras contributivas longas, para sujeitos com idade superior a 60 anos, com 48 anos de registo de remuneração relevante, ou com apenas 46 anos desse registo, mas com início da carreira contributiva antes dos seus 17 anos de idade. Ainda está prevista a reforma antecipada para desempregados de longa duração, que pode ocorrer com ou sem penalização, consoante as características da situação (idade, anos de desconto, tempo de desemprego). Existe ainda a reforma antecipada para profissões de desgaste, onde se incluem, por exemplo, pilotos, profissionais de bailado clássico ou contemporâneo, setor da pesca e comércio marítimo de longo curso e bordadeiras da Madeira, entre outras (Economias, 2019). O Centro Nacional de Pensões (2019) publicou um guião prático relativamente a outro regime previsto de reforma antecipada, neste caso, por invalidez, que consiste em apoio pecuniário mensal, atribuído a pessoas permanentemente incapazes para o trabalho. Prevê-se que para a determinação da incapacidade para o trabalho se avalie o funcionamento físico, sensorial e mental, o estado geral de saúde, a idade, aptidões profissionais e a capacidade para o trabalho que o sujeito/trabalhador ainda apresenta. É avaliada pelo Sistema de Verificação de Incapacidades e é calculado o grau de incapacidade dos sujeitos, determinando se a invalidez é relativa ou absoluta. A invalidez relativa é considerada quando a pessoa apresenta uma incapacidade permanente para desempenhar a profissão que está a exercer, ou a última que exerceu; quando, devido a tal incapacidade, não possa ganhar mais de um terço do ordenado que normalmente ganharia; e, ainda, quando não houver previsão, dentro de período temporal de três anos, de recuperação de pelo menos 50% das

capacidades. A invalidez absoluta refere-se a uma incapacidade permanente para desempenhar qualquer tipo de profissão e sempre que não se preveja que até aos 65 anos a pessoa recupere a capacidade para o fazer (Decreto-Lei n.º 187/2007, de 10 de Maio). O estado de saúde das pessoas é bastante importante no respeitante à determinação da sua (in)capacidade para trabalhar, sendo, por isso, fundamental avaliá-lo para fundamentar a decisão de obtenção da reforma antecipada (Nilsson, Hydbom, & Rylander, 2016). Estas avaliações são realizadas por juntas médicas, que são constituídas por três médicos. São lideradas por um médico relator que tem como função preparar a verificação da incapacidade para o trabalho. O médico relator tem algumas funções, das quais são de especial destaque: i) procurar obter meios auxiliares de diagnóstico, bem como exames e pareceres especializados, se assim considerar preciso; ii) entrar em contacto com serviços de saúde e/ou médicos que tenham acompanhado o sujeito, de modo a melhor compreender a situação, para auxiliar no processo de verificação da incapacidade; iii) quando justificado, propor que seja integrado na junta médica um perito de determinada especialidade (Decreto-Lei 377/2007, de 09 de Novembro). Em todo o documento, não há qualquer menção explícita relativa ao papel do psicólogo forense, nem à avaliação neuropsicológica neste processo, ainda que esteja previsto um quadro amplo de meios de diagnóstico e de colaboração de especialistas.

1.2. A peritagem forense e a importância da avaliação neuropsicológica no âmbito do pedido de reforma antecipada por invalidez

Como já referimos, para esta investigação, interessa-nos estudar o grupo de sujeitos que pediu a reforma antecipada por invalidez e compreender como é que o deferimento ou rejeição desse pedido afetam a capacidade cognitiva dessas pessoas. Ainda, ajudar a perceber a importância do papel do psicólogo na tomada de decisão, no âmbito deste requerimento, completando também o trabalho de Figueiredo (2019), ajudando a delinear um protocolo de avaliação neuropsicológica a implementar, no futuro.

Será, então, no âmbito de auxílio de tomada de decisão que entra o Psicólogo Forense e a Avaliação Neuropsicológica. A utilização de testes neuropsicológicos e a elaboração de perfil de funcionamento do sujeito visam ajudar na tomada de decisão, neste caso, auxiliar na determinação da (in)capacidade para o trabalho (Miller, McIntire, & Lovler, 2011). Deste modo, é importante determinar com precisão o estado neuropsicológico dos sujeitos, mesmo que os resultados não sejam favoráveis para o pedido que efetuam, sendo, por isso, necessária objetividade na avaliação (Bush et al., 2005). Desta forma, devem ser escolhidos instrumentos relevantes do ponto de vista legal, que consistem, muitas vezes, em elementos clínicos não específicos para a área forense, mas que são adequados para responder à questão pretendida (Simões, Almeida, & Gonçalves, 2017). Assim, trata-se de instrumentos que permitem delinear perfis de funcionamento cognitivo, emocional, socioafetivo e de personalidade, importantes para

auxiliar na tomada de decisão relativamente à (in)capacidade para o trabalho. É ainda importante que, para além de provas de desempenho, sejam usados instrumentos de autoavaliação, já que permitem avaliar a noção subjetiva do sujeito relativamente ao seu estado de saúde. Pensa-se que estes instrumentos avaliem melhor a capacidade do sujeito para trabalhar, uma vez que há estudos que apontam para uma noção/perceção de pior estado de saúde, em instrumentos autoavaliativos, em comparação com indicadores objetivos/patologias diagnosticadas (cf. Karpansalo, Manninen, Kauhanen, Lakka, & Salonen, 2004; Nilsson et al. 2016; Pietiläinen, Laaksonen, Rahkonen, & Lahelma, 2011). Além disso, a autoperceção de um fraco estado de saúde é um dos motivos que levam ao pedido de reforma antecipada. Contudo, se não se avaliar a validade de respostas em avaliações neuropsicológicas, no que diz respeito à validade de sintomas e desempenho, podemos tirar conclusões erradas relativamente ao grau de incapacidade dos sujeitos (Larrabee, 2012). No entanto, a decisão para a obtenção/não obtenção da reforma deve ser tomada também com base em medidas objetivas do declínio/défice da capacidade funcional para o trabalho (Karpansalo et al., 2004). Assim sendo, o processo de decisão deve ancorar diferentes entradas avaliativas, incluindo instrumentos autoavaliativos, medidas de desempenho, heteroavaliação e de validade de sintomas e desempenho. O psicólogo forense deve cumprir o código deontológico que rege a sua atividade, tendo obrigação de procurar fazer um trabalho competente, tendo noção das suas limitações de conhecimento (American Psychological Association, 2002; Código Deontológico OPP, 2011). No entanto, não foi encontrada na literatura uma proposta de protocolo de avaliação, que “uniformize” este processo.

1.3. Envelhecimento Cognitivo

Sabe-se que a idade afeta as funções cognitivas (Salthouse, 2012, como citado em Fleischmann et al., 2017), mas de forma heterogénea, já que há indivíduos que mantêm as suas capacidades até uma idade mais avançada (Silver et al., 1998, como citado em Fleischmann et al., 2017). Sabe-se também que existe uma elevada variabilidade intraindividual no funcionamento cognitivo, não só presente no envelhecimento normal, como quando há sinais de neuropatologias (Haynes, Bauermesiter, & Bunce, 2017), ou seja, as funções não se deterioram todas ao mesmo ritmo; a linguagem e o vocabulário, por exemplo, tendem a manter-se intactos, enquanto o domínio visuoespacial sofre algum declínio (Lezak, 2012, como citado em Murman, Editor, & Jorgensen, 2015). Salthouse (2010a) apresenta cinco abordagens para a avaliação da capacidade cognitiva, que são usadas contribuindo para o conhecimento científico deste tema: (i) a perspetiva psicométrica, que se baseia em testes standardizados para avaliar as diferenças interindividuais, em amostras grandes a quem são aplicados vários testes cognitivos para avaliar a memória, raciocínio e velocidade psicomotora, por exemplo; (ii) a perspetiva cognitivo-experimental, onde são desenhados testes ou tarefas para avaliar processos teóricos específicos, usando amostras mais pequenas, normalmente comparando grupos etários diferentes; (iii) a perspetiva neuropsicológica,

onde são escolhidos testes que ativem uma parte do cérebro específica; (iv) a perspectiva de neurociência cognitiva, que inclui aspetos dos últimos dois tipos de investigação, mas adiciona uma componente de medida de ativação cerebral enquanto são realizadas tarefas cognitivas; e (v) a perspectiva epidemiológica, que, de modo a obter uma amostra maior, apenas se foca em instrumentos de rastreio cognitivo. Existem diferentes padrões de evolução relacionados com a idade para diferentes variáveis cognitivas. Os estudos indicam que medidas de vocabulário e informação geral seriam tendencialmente estáveis, podendo até haver alguma melhoria com o avançar da idade. Já medidas de memória, raciocínio, formação de novas associações e capacidade de resolução de problemas sofreriam um declínio (Salthouse, 2010a). Mazzona e Peracchi (2012), citando Horn e Cattell (1967) e Salthouse (1985), distinguem inteligência fluída de inteligência cristalizada. A primeira diz respeito ao processamento de informação associada a fatores biológicos e físicos, nos quais se incluem a memória, velocidade de processamento, processos atencionais/executivos e capacidade visuoespacial (cf. Murman et al., 2015; Schaie, 1994, Singer, Verhaeghen, Ghisletta, Lindenberger, & Baltes, 2010, como citados em Fleischmann et al., 2017). Já a segunda reporta-se ao conhecimento adquirido através da educação e experiências de vida, como o vocabulário, informação e compreensão (Murman et al., 2015; Schaie, 1994, Singer et al., 2010, como citados em Fleischmann et al., 2017). Ainda, é reportado que as capacidades fluídas têm um declínio mais acelerado do que as capacidades cristalizadas (Murman et al., 2015; Schaie, 1994, Singer et al., 2010, como citados em Fleischmann et al., 2017). Assim, entende-se que é necessário ter em atenção as diversas dimensões cognitivas quando se analisa o processo de declínio cognitivo (Fleischmann et al., 2017). Num estudo para determinar quando começaria o envelhecimento cognitivo, foi administrada uma bateria de testes a sujeitos entre os 6 e os 90 anos de idade e concluiu-se que até ao início da segunda década de vida todas as variáveis cognitivas sofrem um aumento, seguindo-se uma fase de estabilização ou de declínio até aos 50-60 anos, para variáveis de tarefas de realização (Baltes & Schaie, 1974, como citado em Salthouse, 2010a). Estudos sugerem que, quando existe um grande declínio numas variáveis é esperado que outras variáveis tenham também um declínio acima da média, já que existe uma correlação positiva entre a mudança verificada entre variáveis, ou seja, se um sujeito tem dificuldades a nível da memória, é esperado que essa não seja a única função cognitiva com prejuízo (Salthouse, 2010b). Por exemplo, Lindenberger e Ghisletta (2009) encontraram evidências de que 60% da variação na mudança cognitiva era comum à velocidade de processamento, memória episódica e fluência verbal, como avaliadas por exemplo, por tarefas de fluência verbal, pares de palavras, pesquisa de letras/números e figuras idênticas (*Digit Letter and Identical Pictures tasks*).

Salthouse (2010a) apresenta alguns exemplos de fatores de risco e fatores protetores relativamente ao declínio cognitivo e demência. Começa por evocar fatores genéticos, nomeadamente no que concerne a presença do alelo 4 de um gene que codifica a Apolipoproteína

E no cromossoma 19 (Daery et al., 2004, como citado em Salthouse, 2010a). Refere também a escolaridade, explicando que alguns estudos indicam que um maior nível de escolaridade está associado a um menor declínio cognitivo, mas que este dado não é consensual, havendo estudos que não encontram a mesma correlação. Apresenta também a atividade física como um fator protetor, apesar de também haver estudos que não encontram relação entre as duas medidas. No entanto, várias meta-análises encontram melhorias em medidas de funcionamento cognitivo entre 0.3 e 0.6 desvios-padrão, associadas a intervenções de atividade física (Colcombe & Kramer, 2003, Etnier et al., 1997, 2006, Green & Crouse, 1995. Heyn et al., 2004, como citados em Salthouse, 2010a). A estimulação cognitiva também é enumerada, elucidando que vários estudos encontram menores valores de declínio cognitivo e menor prevalência de Doença de Alzheimer em pessoas com mais atividades mentais e maior estimulação cognitiva. Também uma rede de suporte mais extensa, composta por mais pessoas, ou próxima, geográfica e emocionalmente, é apresentada como fator protetor (Bennett et al., 2006, Fratiglioni et al., 2004, como citados em Salthouse, 2010a). Também o nível de estrogénio é mencionado pelo autor, a título de diferenciação das variáveis por género. Explica que as mulheres deixam de produzir estrogénio, em média, aos 52 anos de idade, e que esta hormona está associada com a manutenção de neurónios colinérgicos, estimulação de atividade da acetilcolina, formação de sinapses e terminações dendríticas. Contudo, há estudos que não mostram qualquer associação, pelo que o autor sugere que esta variável talvez tenha um maior impacto na altura da menopausa. O autor também afirma que apesar de haver variáveis que diferem de resultados médios consoante o género dos sujeitos, o declínio cognitivo parece ser paralelo em ambos os géneros, ou seja, o género não se constitui especificamente como um fator protetor e/ou precipitante de declínio cognitivo (Salthouse, 2010a).

1.4. Fatores e motivos associados ao pedido de reforma antecipada

Stattim (2000) refere que o processo da decisão de passagem do mercado laboral para a reforma antecipada é um processo multifatorial, que envolve a ponderação de fatores *Push* e *Pull*. Explica que fatores *Push* são fatores negativos que forçam as pessoas a pedir a reforma, como características do mercado de trabalho (avanço tecnológico, maior competitividade) ou características individuais (vulnerabilidades devido à idade, doenças ou falta de competências). Já os fatores *Pull* dizem respeito a condições externas ao indivíduo que permitem uma decisão voluntária de reforma, particularmente, havendo consequências positivas nesta decisão, por exemplo, se os benefícios económicos forem superiores na reforma, permitindo também maior tempo de lazer, a prática de *hobbies* e atividades em família. Feldman (1994) apresenta quatro fatores que influenciam a decisão dos sujeitos relativamente à continuação no mercado de trabalho, ou à transição para a reforma. Esses fatores são: i) diferenças individuais, onde se inclui o historial laboral, estado civil, fatores demográficos, atitudes perante o trabalho e a reforma e o

estado de saúde (problemas de natureza física, psicossomática ou déficit funcional); ii) oportunidades de carreira, como o prejuízo no valor das pensões consoante a idade; iii) fatores organizacionais, por exemplo, maior flexibilidade no emprego para trabalhadores mais velhos; e iv) condições externas, como o crescimento económico do país. Para este estudo, são de maior relevo os fatores individuais, dando especial destaque aos motivos ligados à saúde, nomeadamente aos fatores cognitivos. O estado de saúde dos sujeitos está relacionado com a sua (in)capacidade para trabalhar (Mein et al., 2000), sendo, por isso, um dos fatores mais reportados na literatura relativamente à decisão do requerimento de reforma antecipada.

Mein e colaboradores (2000) desenvolveram um estudo longitudinal, através de uma avaliação de *follow-up* realizada num período de 7 anos, com mais 2500 sujeitos, com idades entre os 50 e 59.5 anos, com recurso a questionários de autorresposta. Verificaram que tanto homens, como mulheres, diagnosticados com uma doença de longo termo/crónica tinham maior probabilidade de se reformarem mais cedo, do que pessoas sem doenças duradouras. Além disso, a autoavaliação do estado de saúde também é um fator relevante para esta decisão, já que os sujeitos com pior perceção do seu estado de saúde são os mais prováveis de se reformarem mais cedo. Também Palmore et al. (1982, como citado por Mein et al., 2000) sustentam estes resultados, reforçando que pessoas com pior estado de saúde autoavaliado têm maior probabilidade de se quererem reformar mais cedo, se tiverem condições financeiras que o permitam.

Estudos indicam que uma saúde frágil pode conduzir à reforma antecipada, em diferentes populações e países (Feldman, 1994; Yu, Seil, & Maqsood, 2019). Um estudo com sobreviventes dos atentados de 11 de Setembro em Nova Iorque, usando dados recolhidos entre 2017 e 2018, através do inquérito *Health and Employment Survey*, permitiu concluir que a existência de condições de saúde físicas estava fortemente relacionada com a reforma antecipada. Perceberam ainda que esta associação aumentava, quanto mais condições de saúde física estivessem presentes (Yu et al., 2019). Figueiredo (2019) analisou uma amostra de 68 sujeitos que foram avaliados no âmbito de um pedido de reforma antecipada e verificou que, de modo concomitante, 88.2% reportava ter algum diagnóstico de natureza psiquiátrica, 29.4% um diagnóstico de natureza neurológica e a presença de condições físicas (69.1% com doença musco-esqueléticas, 60.3% cardiovasculares, 44.1% endócrinas, 26.5% respiratórias e 10.3% oncológicas). Estes dados são concordantes com a literatura estrangeira, onde encontramos dados que sugerem que doenças músculo-esqueléticas e cardiovasculares, bem como perturbações mentais, estão entre os fatores de saúde mais associados à reforma antecipada (Karpansalo et al., 2004; Pietiläinen et al., 2011). No estudo de Figueiredo (2019), verificou-se que mais de metade (60.3%) dos pedidos de reforma antecipada tinham uma natureza emocional. Nexø e colaboradores (2015) indicam que sintomas depressivos podem levar os sujeitos a optar por uma reforma antecipada. Adicionalmente, reconhece-se que características personalísticas, incluindo Neuroticismo

elevado, podem ter influência no perfil de características emocionais, acentuando a psicopatologia (cf. Oksasen & Virtane, 2012). Assim, concluímos que existem vários fatores de natureza física e emocional que podem levar os sujeitos a pedir a reforma antecipada. Mas, para este estudo, interessa-nos focar os motivos e fatores de natureza cognitiva associados a este pedido.

Fatores Cognitivos

Relativamente aos fatores cognitivos associados com os pedidos de reforma antecipada, sabe-se que o declínio cognitivo começa entre os 50 e 60 anos (Salthouse, 2010a). Como referido anteriormente, as capacidades fluídas têm um declínio mais acelerado do que as capacidades cristalizadas, notando-se, então, primeiramente, um declínio na memória, velocidade de processamento e capacidade visuoespacial (Murman et al., 2015; Schaie, 1994, Singer et al., 2010, como citados em Fleischmann et al., 2017). Assim sendo, espera-se que estas sejam as primeiras funções a falhar nos requerentes da reforma antecipada. No perfil neuropsicológico traçado por Figueiredo (2019), comprovamos esta hipótese, já que se encontram evidências de que tais funções surgem afetadas, partindo da análise dos dados obtidos em subtestes como Memória de Dígitos e Código da *Wechsler Adult Intelligence Scale –III* (WAIS-III, Wechsler, 1997a, 2008a), *Addenbrooke's Cognitive Examination - Revised* (ACE-R, Mioshi, Dawson, Mitchell, Arnold, & Hodges, 2006; versão port., Firmino, Simões, Pinho, Cerejeira, & Martins, 2008, 2017; Simões et al., 2011, 2015) e *Trail Making Test A e B* (TMT A & B, Reitan, 1979; versão port., Cavaco et al., 2013a;). Através de um grupo focal elaborado no mesmo estudo, concluiu-se que a principal e mais recorrente queixa dos sujeitos na consulta é, realmente, a memória; apesar de nos testes nem sempre se confirmar essa queixa subjetiva, parece ser a função cognitiva que os sujeitos percecionam como mais afetada. Em termos de perfil de desempenho, evidenciam-se também as funções atencionais complexas e as executivas, em termos de défice. Encontram-se na literatura estudos referentes à demência e ao trabalho (cf. Evans, 2016). Usualmente, associamos a manifestação de quadros demenciais/demência ao período de reforma/numa altura em que as pessoas já estarão reformadas, mas com o envelhecimento da classe trabalhadora, e o prolongamento da idade legal de reforma, pode tal manifestação começar a ser mais comum durante o período laboral (Evans, 2016). No entanto, os primeiros sinais de demência podem passar despercebidos, pois são muito subtis (Leifer, 2009, como citado em Evans, 2016). Os primeiros sinais de demência são mudanças no comportamento/características personalísticas, desorientação, prejuízo na memória, alucinações, mudanças de humor e dificuldades na linguagem (Corcoran, 2009, Kang et al., 2004, Weiner, Hynan, Bret, & White, 2005, como citados em Evans, 2016). Consequentemente, estes sintomas terão impacto no desempenho profissional dos sujeitos, sendo a reforma antecipada um desfecho provável (Evans, 2016).

1.5. O impacto da reforma/não reforma na Cognição

Neste estudo, pretende-se compreender se a reforma antecipada por invalidez tem algum impacto neste processo de declínio cognitivo, isto é, se atua de forma a proteger e manter as capacidades cognitivas e a desacelerar esse processo ou se o potencia, acelerando-o. E, ainda, se a não obtenção da reforma, ou seja, o prolongamento da vida laboral, afeta o declínio cognitivo, acelerando-o ou atenuando-o. Alguns estudos, elaborados através da utilização de grandes inquéritos como o *Survey of Health, Ageing, and Retirement in Europe* (SHARE), um inquérito relacionado com a saúde e envelhecimento na reforma na Europa (Mazzonna & Peracchi, 2012; Rohwedder & Willis, 2010, como citado em Promoteur et al., 2018), indicam que a reforma tem um impacto negativo no funcionamento cognitivo, associando-se a declínio cognitivo. Mas também há estudos que não encontram qualquer correlação entre a reforma e o declínio cognitivo (Coe & Zamarro, 2011, como citado em Promoteur et al., 2018). Promoteur et al. (2018) concluem, usando também o SHARE, que a reforma melhora no geral o funcionamento cognitivo, especificamente, 4% na memória. Para medir esta função foi usado um teste que consiste na aprendizagem de uma lista de 10 palavras. O autor sublinha ainda que a reforma tem um efeito heterogéneo nas pessoas, isto é, existem diferenças interindividuais no que diz respeito ao impacto que a reforma tem, dando o exemplo do nível de escolaridade, referindo que a reforma tem um efeito positivo em indivíduos com baixa/média escolaridade, mas duas vezes maior para pessoas com um elevado nível de escolaridade, ou seja, quanto maior o nível de escolaridade, maior o efeito positivo da reforma esperado. Clarifica ainda que as mulheres mostram maiores e mais significativos efeitos positivos da reforma. Fleischmann et al. (2017) apresentam uma investigação em que analisaram hipóteses numa coorte de 3433 respondentes civis, que participaram no Estudo de Whitehall II. Realizaram duas avaliações desde 14 anos antes da reforma até 14 anos depois. Através de modelos *piecewise*, compararam-se resultados da memória verbal, avaliada através da memorização de uma lista de 20 palavras de uma ou duas sílabas, apresentadas em intervalos de 2 segundos, sendo que os sujeitos tinham 2 minutos para escrever as palavras de que se lembrassem (Sabia et al., 2009, como citado em Fleischmann et al., 2017); raciocínio abstrato, testado com recurso à parte 1 do teste de Alice Heim, que mede a capacidade de encontrar padrões e inferir princípios e regras/ similar a teste de matrizes progressivas (Heim, 1970, como citado em Fleischmann et al., 2017); fluência verbal fonémica, solicitando que escrevessem todas as palavras começadas pela letra “s”, de que se lembrassem, num minuto; e a fluência verbal semântica foi avaliada através do número de nomes de animais que conseguissem evocar, num minuto (Borkowski, Bentos, & Spreen, 1967 como citado em Fleischmann et al., 2017). Os resultados apontam para um declínio 38% mais rápido na memória verbal após a reforma. Nas outras funções, a reforma não parece ter um efeito tão significativo, ou seja, o declínio observado parece consistente com o esperado pela idade, não tendo sido acelerado pela reforma. Os resultados são consistentes com a hipótese de que a reforma contribui para o

declínio na memória verbal. Também sugere que atividades cognitivamente estimulantes associadas com o emprego podem ser benéficas para a memória. Mazzonna e Peracchi (2012), com recurso ao SHARE, concluíram que a reforma potencia o declínio cognitivo, por falta de estimulação, e que o nível de escolaridade se associa negativamente no declínio, ou seja, quanto maior o nível de escolaridade, mais preservadas as competências cognitivas/menor declínio, como é demonstrado comparando sujeitos com o ensino secundário concluído com sujeitos que não atingiram esse nível de escolaridade. Também um estudo de Tumino (2016), em que o autor comparou um grupo de sujeitos reformados com um grupo controlo, usando o Estudo Longitudinal Baseado nos Agregados Familiares do Reino Unido (*UK Household Longitudinal Study* - UKHLS), encontrou dados que sugeriam que a reforma favorece o declínio cognitivo, principalmente dos trabalhadores com trabalhos rotineiros, com exceção das mulheres. Este estudo indica ainda que se deve manter um estilo de vida saudável e estimulante cognitivamente pós-reforma, para manter um funcionamento cognitivo saudável.

Na literatura, encontram-se algumas hipóteses relativamente ao efeito que a reforma tem na cognição, destacando-se duas: a hipótese do uso ou do desuso e a hipótese da reserva cognitiva. Em primeiro lugar, a hipótese do uso ou do desuso, em inglês *use it or lose it*, pressupõe que o declínio cognitivo pode ser retardado, ao manter-se um estilo de vida ativo e social ou ao participar em atividades que estimulem o cérebro; ou acelerado, quando tal não é feito (Hultsch, Hertzog, Small, & Dixon, 1999, como citado em Fleischmann et al., 2017; Promoteur et al., 2018). Estudos sugerem que indivíduos com um emprego complexo a nível intelectual são mais afetados pela reforma, já que perdem um estímulo maior, do que os que têm trabalhos mais simples intelectualmente, que parecem ter comparativamente menor declínio cognitivo (Coe et al., 2012, Finkel et al., 2009, como citados em König, Lindwall, Henning, & Johansson, 2018). Ou seja, quando o cérebro perde estimulação, há mais efeitos do envelhecimento na cognição (Katzman, 1995, como citado em König et al., 2018). Rohwedder e Willis (2010, como citado em Tumino, 2016) também preveem que, por haver menor estimulação cognitiva na reforma, haja uma deterioração do funcionamento cognitivo. Apesar de ser uma hipótese bastante aceite, Virtanen et al. (2009) sugerem que exista um efeito de teto nos benefícios/ganhos com o trabalho, já que através da amostra de Whitehall II concluíram que indivíduos com mais de 55 horas laborais por semana tinham piores resultados em testes de vocabulário e raciocínio, do que os que trabalhavam apenas 40 horas. Ademais, pensa-se que indivíduos com um estilo de vida sedentário durante a reforma têm maior risco de desenvolver doenças que podem afetar o funcionamento cognitivo, como doenças cerebrovasculares e doenças de perfusão cerebral (Rogers et al., 1990, como citado em Roberts, Fuher, Marmot, & Richards, 2010).

Em segundo lugar, a hipótese da reserva cognitiva, que propõe que existam níveis distintos de reserva cognitiva e que níveis mais altos atuam como fator protetor no declínio e

desaceleram o processo de neurodegeneração associada ao envelhecimento (Stern, 2002, citado por Mazzonna & Peracchi, 2012). Esta hipótese refere que a estimulação cerebral ao longo da vida, na infância, em particular no processo de educação, e na idade adulta, com um trabalho complexo intelectualmente, pode aumentar a reserva cognitiva, ajudando a desacelerar o declínio cognitivo (Stern 2009, 2012, como citado em Fleischmann et al., 2017). São propostos modelos passivos e ativos para esta hipótese. Os modelos passivos sugerem que uma maior área de reserva cognitiva tem maior capacidade de substituir áreas danificadas, pelo que assim consegue um melhor funcionamento. Os modelos ativos alvitram que o cérebro ativamente compensa a área danificada (Stern, 2002, citado por Kajitani, Sakata, & McKenzie, 2017. Roberts et al. (2010) citam um estudo realizado por Bosma et al. (2009), em que se teve em conta a variável de cognição pré-trabalho e verificaram que os indivíduos com um trabalho mais complexo tinham menos risco de prejuízo cognitivo num período de 3 anos de *follow-up*, quando comparados com profissionais com trabalhos mais simples. Um estudo de Wilson et al. (2005), cujo objetivo era perceber a relação da atividade cognitiva durante as várias etapas do desenvolvimento e a capacidade cognitiva em idades mais avançadas, concluíram que estas estavam relacionadas. Não só contribuíam para o funcionamento cognitivo, como para a atividade cognitiva, ou seja, espera-se que quem tem uma infância mais estimulante cerebralmente também tenha uma reforma com as mesmas características. König et al. (2018) sugerem que haverá uma maior reserva cognitiva em indivíduos de classes socioeconómicas mais altas, dado que têm acesso a mais recursos, nomeadamente, financeiros e de saúde, atividades de lazer estimulantes cognitivamente, tanto durante a vida laboral, como após a reforma.

Existe ainda a teoria de curso de vida, do inglês *life course theory* (cf. Grotz, Matharan et al., 2016), que sugere que a adaptação à reforma depende dos recursos e contextos durante a transição. Nomeiam alguns fatores como o controlo da saída da atividade laboral, o estado civil, estado de saúde e, finalmente, as atividades de lazer pós-reforma, que servem de atenuantes ao impacto da reforma.

Impacto da não obtenção de reforma

Não foram encontrados artigos/publicações que tratem diretamente/especificamente a problemática da não obtenção de reforma, comprovando a pertinência deste estudo. Contudo, se nos focarmos na questão do *burnout*, podemos compreender melhor a situação dos sujeitos para quem o trabalho é um fator negativo. Ainda assim, Golonka, Mojsa-Kaja, Gawlowska e Popiel (2017) advertem para o facto de haver poucos estudos que se foquem no impacto que o *burnout* tem na cognição, pois a maioria dos trabalhos trata os sintomas físicos e psicológicos/emocionais. Sabe-se que esta é uma condição associada ao *stress*, que provoca a sensação de exaustão, falta de energia e a sensação de despersonalização, associado a um afastamento, falta de motivação e distância emocional para com os colegas ou clientes. Interessa, então, saber se o *burnout* tem

efeito nas funções cognitivas. Um estudo feito com testes psicométricos permitiu concluir que o *burnout* está associado ao declínio nas funções cognitivas, nomeadamente memória e atenção (Deligkaris et al., 2014, como citado em Golonka et al., 2017). Há ainda outros estudos que sustentam estes dados (cf. Van der Lindel et al., 2005, He et al., 2017, como citados em Golonka et al., 2017). Pensa-se que a altura ou momento em que as pessoas se reformam tem influência nas consequências desta (Kerr, 2016).

Assim, algumas pessoas que trabalham até depois dos 65 anos percecionam o seu estado mental e de saúde como melhor, por se manterem ativas fisicamente e por terem tarefas importantes no seu emprego (Rennemark, 2019, Nilsson, 2012, Doyle, Mckee, & Sherriff, 2012, Muto et al., 2003, como citados em Nilsson et al., 2016). Enquanto outros, reportam que a reforma teve um impacto positivo, por não se sentirem tão cansados física e intelectualmente (Vahtera et al., 2009, Laaksonen et al., 2012, Nilsson, 2012, citados por Nilsson et al., 2016). Celdoni, Bianco, e Weber (2017) desenvolveram um estudo com homens e mulheres com mais de 50 anos, que respondessem nas 4 fases do inquérito SHARE, e concluíram que para aqueles que se reformam mais cedo, a reforma tem efeitos benéficos para a cognição (memória). Para os que se reformam o mais tarde possível, tal tem efeitos nefastos, a longo prazo.

Outros estudos propõem que quanto mais tarde um indivíduo se reformar, maior será a proteção sobre o declínio cognitivo, tendo em conta que durante a atividade laboral haverá maior estimulação cerebral do que na reforma (cf. Grotz, Meillon et al., 2016; Mosca & Wright, 2018). Tumino (2016) também realizou um estudo longitudinal, comparando sujeitos reformados com não reformados, que sugere que atrasar a reforma é um fator de proteção para o declínio cognitivo. Em concordância, um estudo longitudinal realizado por Celdoni, Dal Bianco, e Weber (2013, como citado em Denier et al., 2016), que usou o SHARE, sugere que mais tempo de reforma está associado com um maior declínio na memória verbal. Também um estudo usando a base de dados *Swedish National Study on Ageing and Care-Blekinge* (SNAC-Blekinge) encontrou resultados semelhantes. Os participantes tinham 60 anos e alguns ainda estavam a trabalhar, outros tinham deixado de trabalhar e outros eram considerados inválidos. Concluíram, através de regressões logísticas, que a probabilidade de uma pessoa que não estava trabalhar ter declínio cognitivo era 2.4 vezes maior do que os que se mantinham no ativo (Rennemark & Berglund, 2013, como citado em Kerr, 2016). Um estudo transversal que comparou dados de pessoas reformadas e não reformadas da mesma idade, obtidos em inquéritos como o SHARE e o *English Longitudinal Study of Aging* (ELSA), concluiu que a reforma tinha um efeito negativo na cognição das pessoas reformadas no início dos seus 60 anos de idade (Rohwedder & Willis, 2010, como citado em Kerr, 2016).

1.6. Perfil neuropsicológico e pedido de reforma antecipada por invalidez: um estudo exploratório português

Como referido previamente, em Portugal, foi recentemente realizado um estudo exploratório, no âmbito de uma dissertação de Mestrado em Psicologia Forense (cf. Figueiredo, 2019), que teve como objetivo a elaboração de um perfil descritivo de caracterização dos pedidos de reforma antecipada por invalidez em termos de variáveis sociodemográficas e clínicas (incluindo, género, idade, escolaridade, estado civil, profissão e tempo de serviço, número e tipo de condições de saúde e situação profissional atual) e em termos de motivo ou condição subjacente ao pedido (física, cognitiva e/ou emocional). A autora efetuou ainda a caracterização/descrição detalhada do perfil neuropsicológico dos sujeitos, incluindo o perfil de inteligência geral, o perfil neurocognitivo (rastreo cognitivo e funções cognitivas), de capacidade funcional, emocional e de características socio-afetivas/personalísticas e de validade de desempenho (esforço insuficiente). Por este perfil inicial ir ser utilizado como base para a presente investigação, agora retomada para uma avaliação *follow-up*, considerámos pertinente diferenciar os resultados obtidos, por forma a ancorar o estudo que iremos desenvolver. No estudo de Figueiredo (2019), foram analisados os dados de 68 sujeitos avaliados individualmente em sessões múltiplas de avaliação neuropsicológica, numa clínica privada em Portugal, com vista a fundamentar o seu pedido para reforma antecipada por invalidez. Foi usada uma bateria de instrumentos de avaliação extensa, abrangendo os domínios atrás referidos. Analisando os dados sociodemográficos, observamos uma amostra composta maioritariamente por mulheres (69.1%) e com uma idade média de 57 anos (DP=3.532). Na sua maioria, os sujeitos tinham completado o nível de ensino superior. As profissões mais presentes na amostra são: assistentes operacionais, professores e cargos administrativos e serviços. A maioria dos sujeitos encontrava-se em baixa médica e reportava ter quatro ou mais condições de saúde. O perfil neuropsicológico encontrado revelava níveis médios de inteligência geral (WAIS-III), notando-se uma preservação do conhecimento verbal adquirido e da capacidade de compreensão, pelo nível médio superior obtido no QI verbal e no Índice de Compreensão Verbal. Os domínios da memória de trabalho e velocidade de processamento eram os que tinham pontuações mais baixas, em comparação com os restantes, apresentando valores médios/médios inferiores. Assim, os resultados obtidos indicam uma preservação da inteligência cristalizada/pré-mórbida, sendo a inteligência fluída a que se encontra mais comprometida. Com o instrumento de rastreo cognitivo utilizado, ACE-R, verificou-se que os domínios das funções executivas, visuoespacial e da memória, surgiam com maior prejuízo (resultados inferiores). Os restantes resultados, considerando o perfil neurocognitivo mais específico, parecem confirmar estes dados, por exemplo, o padrão médio inferior no *Trail Making Test B*, que indica alguma afetação nas funções executivas, na atenção dividida e velocidade de processamento, e na Figura Complexa de Rey, cujos baixos resultados evidenciam fragilidades a nível executivo e visuoespacial, nomeadamente falta de planificação

e organização. Concluindo, o maior prejuízo surge na memória, particularmente na memória de trabalho, funções executivas, processos atencionais complexos, domínio visuoespacial e na velocidade de processamento. Já relativamente ao domínio socioafetivo e de sintomatologia, o *Brief Symptom Inventory* (BSI) indicou uma presença significativa de sintomas, apresentando todos as dimensões com pontuações muito superiores. Também o *Beck Depression Inventory-II* (BDI-II) apresentou valores muito superiores, indicando a presença de sintomatologia predominantemente grave/severa. Nos inventários de avaliação de personalidade (*NEO Five-Factor Inventory* - NEO FFI e *Eysenck Personality Questionnaire-Revised* - EPQ-R), destacam-se valores superiores de Neuroticismo e inferiores de Extroversão. No que diz respeito à capacidade funcional, avaliada com recurso ao Instrumento de Avaliação Funcional de Adultos e Idosos (IAFAI), foram obtidos resultados muito inferiores, indicando que a realização de atividades diárias estará comprometida. As dificuldades a nível físico são sustentadas com as queixas referidas na entrevista e no número de condições que os sujeitos apresentavam. As fragilidades a nível emocional e cognitivo encontradas são também congruentes com os resultados obtidos nos instrumentos aplicados e na informação reportada pelos sujeitos em contexto de entrevista. Finalmente, nos instrumentos de validade de desempenho, os resultados obtidos foram médios, pelo que podemos concluir que os participantes se esforçaram na realização das tarefas, sendo por isso este perfil resultante da avaliação considerado válido (Figueiredo, 2019). Estes dados são particularmente relevantes, uma vez que a amostra de base do presente trabalho é a do estudo supramencionado, salvaguardando a disponibilidade dos sujeitos para participar no presente estudo de *follow-up*.

II – Objetivos

Especificamente, este estudo visa caracterizar o perfil neurocognitivo obtido na avaliação *follow-up* e compará-lo com o perfil de funcionamento previamente estabelecido, numa primeira avaliação, aquando do pedido de reforma antecipada por invalidez (estudo de Figueiredo, 2019). Adicionalmente, pretende-se averiguar a existência de diferenças no perfil de funcionamento, em função da obtenção ou não obtenção do pedido de reforma antecipada por invalidez. Procurar-se-á, assim, analisar o perfil de caracterização demográfica, clínica, bem como de funcionamento neurocognitivo dos indivíduos que obtiveram resposta positiva ao seu pedido de reforma antecipada e dos indivíduos cujo pedido foi indeferido.

III – Metodologia

3.1. Considerações Éticas

Elaborou-se previamente um requerimento à Comissão de Ética da entidade particular/clínica privada da zona centro de Portugal continental, onde a amostra inicial havia sido previamente recolhida, para solicitar autorização para realização deste estudo de *follow-up*, e para mediar o contacto com os utentes e utilização das instalações da instituição para efeitos de recolha de dados. No documento foi explicado o âmbito da investigação, objetivos e protocolo da avaliação a implementar, tendo o pedido sido deferido. Posteriormente, após agilizado o contacto com os sujeitos, e sempre que aceitaram participar no estudo em curso, foi-lhes solicitado o consentimento informado, explicando o âmbito, características/em que consistiria este estudo e respetiva sessão de avaliação, bem como a duração da mesma, tendo sido assegurados o anonimato, confidencialidade e possibilidade de desistir de participar, a qualquer momento, se assim considerassem.

3.2. Participantes

O presente estudo tem por base uma amostra da comunidade, obtida por conveniência (método de amostragem não probabilística). À data da primeira avaliação (realizadas entre 2014-2018), os participantes estavam em processo de pedido de reforma antecipada por invalidez, sendo encaminhados para avaliação neuropsicológica pelo perito médico. A amostra inicial era, então, constituída por 68 sujeitos, do sexo masculino (30.9%) e feminino (69.1%). Desse total de sujeitos contactados, apenas 14 aceitaram participar no presente estudo, tendo realizado nova avaliação neuropsicológica (de *follow-up*, de acordo com protocolo de avaliação definido para o efeito), sendo 6 do sexo masculino (42.9%) e 8 do sexo feminino (57.1%). A maioria dos sujeitos que não se demonstraram disponíveis para participar na investigação evocaram motivos financeiros e de distância geográfica, para não realizar a deslocação até à clínica, uma vez que, apesar de a avaliação não acarretar despesas, não havia comparticipação para as viagens. Houve, ainda, mortalidade experimental de um sujeito.

3.3. Instrumentos e Procedimentos

Como referido, os 68 sujeitos que foram contactados tinham sido alvo de uma avaliação neuropsicológica prévia, no âmbito do seu pedido de reforma antecipada. Essa avaliação foi realizada por uma profissional credenciada pela Ordem dos Psicólogos Portugueses, com especialização avançada em Neuropsicologia e Psicologia da Justiça.

Após autorização da Comissão de Ética da referida entidade de saúde/clínica privada, os 68 sujeitos foram contactados por via telefónica, onde foi explicado sucintamente o objetivo do presente estudo e foi solicitada a sua colaboração. Em caso afirmativo, foi marcada uma consulta

de *follow-up* nessa unidade de saúde, com uma duração de cerca de duas horas, para aplicação de um protocolo de avaliação neuropsicológica definido para o efeito. Foi-lhes também comunicado que seria redigido um breve relatório individual, de síntese dos resultados do perfil da reavaliação neuropsicológica/*follow-up*, caso assim pretendessem. Uma vez na consulta, foi novamente explicada a investigação, assegurados o anonimato e a confidencialidade dos dados e esclarecidas eventuais dúvidas existentes. Esclarecidas estas questões, foi pedido a cada sujeito que assinasse o consentimento informado.

O protocolo de avaliação elaborado visa avaliar os domínios cognitivo, emocional/socioafetivo, capacidade funcional e validade de desempenho, considerando a complementaridade deste estudo com outro em curso (que visa analisar especificamente o perfil emocional/socioafetivo). Para a escolha dos instrumentos, foi tido em consideração o primeiro protocolo aplicado (cf. Figueiredo, 2019), bem como o padrão exploratório de resultados obtidos, sendo o protocolo atual mais reduzido, mas elaborado de modo a permitir uma comparação abrangente considerando os indicadores mais relevantes. A recolha dos dados foi, então, realizada através de entrevista semiestruturada/questionário sociodemográfico e de uma bateria de instrumentos/testes psicométricos que avaliam vários domínios do funcionamento neuropsicológico (descritos no Anexo A): cognição geral/rastreio cognitivo (ACE-R), funções cognitivas (TMT A & B, FVF e FVS, FCR, Listas de Palavras I e II/WMS-III, Código e Memória de Dígitos/WAIS-III), perfil emocional/socioafetivo (BSI, BDI-II, ICAC), capacidade funcional (IAFAI) e validade de desempenho (Rey 15-IMT). Como referido, no presente estudo serão especificamente considerados os instrumentos de funcionamento neurocognitivo e de validade de desempenho.

3.4. Análise Estatística

Para proceder à análise dos dados foi utilizado o *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS, v.22.0). Foram realizadas análises estatísticas descritivas, nomeadamente frequências/percentagens, médias, desvios-padrão e amplitudes, relativas às variáveis sociodemográficas e clínicas (género, idade, escolaridade, estado civil, profissão e condição atual, número e tipos de condições de saúde), bem como as variáveis especificamente relacionadas com a natureza do pedido de reforma e obtenção/não obtenção de reforma. Adicionalmente, foram também obtidas as estatísticas descritivas para caracterização da amostra no primeiro momento de avaliação e no *follow-up*, para a obtenção do perfil neurocognitivo, de (in)capacidade funcional e de validade de desempenho.

Para responder ao objetivo principal do presente trabalho, isto é, comparação dos perfis obtidos entre o 1º momento de avaliação e o *follow-up*, procedeu-se ao teste estatístico para amostras emparelhadas, nomeadamente a alternativa não paramétrica (Teste de Wilcoxon). No entanto, dada a dimensão reduzida da amostra, foi calculado o *p-value* unilateral com recurso aos testes não paramétricos exatos (cf. Marôco, 2011). Na comparação de médias entre dois grupos independentes, especificamente no que diz respeito à comparação dos subgrupos de participantes

que obtiveram resposta positiva ao pedido de reforma antecipada por invalidez e dos que viram o seu pedido indeferido, foi utilizado o teste não paramétrico U de Mann-Whitney, sendo também considerado o *p-value* unilateral com recurso aos testes não paramétricos exatos (cf. Marôco, 2011). Para a significância estatística, foi considerado o valor de $p < .05$.

IV – Resultados

4.1. Caracterização da amostra

A amostra global é constituída por 14 sujeitos, dos quais 6 são do género masculino (42.9%) e 8 do género feminino (57.1%). Na primeira avaliação os sujeitos tinham idades compreendidas entre os 54 e os 62 anos ($M=57.79$; $DP=2.860$). Na avaliação de *follow-up* os sujeitos tinham idades compreendidas entre os 56 e os 67 anos ($M=60.93$; $DP=3.269$). Dos sujeitos desta amostra, a maioria era casada (85.7%) (cf. Tabela 1).

No que diz respeito à escolaridade, 7 sujeitos (50%) concluíram o ensino superior e 4 completaram o 2.º e 3.º ciclos (28.6%), sendo estes os níveis de escolaridade mais comuns. Verifica-se que a profissão mais recorrente da amostra é de técnico financeiro/administrativo (5 sujeitos; 35.7%), destacando-se ainda os técnicos de ciência/engenharia e os assistentes operacionais ambos com 2 sujeitos (14.3%). Finalmente, os dados indicam que metade (50%) dos sujeitos obtiveram reforma antecipada por invalidez e a outra metade teve o seu pedido recusado.

Tabela 1. Caracterização da amostra ($N=14$): Variáveis sociodemográficas

	Variáveis	N (%)	M (DP)	Min – Máx
Género	<i>Masculino</i>	6 (42.9%)		
	<i>Feminino</i>	8 (57.1%)		
Idade na 1ª avaliação			57.79 (2.860)	54 – 62
Idade na 2ª avaliação			60.93 (3.269)	56 - 67
Estado Civil	<i>Solteiro</i>	1 (7.1%)		
	<i>Casado</i>	12 (85.7%)		
	<i>Divorciado</i>	1 (7.1%)		
Escolaridade	<i>1º ciclo</i>	1 (7.1%)		
	<i>2º e 3º ciclos</i>	4 (28.6%)		
	<i>Ensino secundário</i>	2 (14.3%)		
	<i>Ensino superior</i>	7 (50%)		
Profissão	<i>Profissionais de saúde</i>	1 (4.4%)		
	<i>Professores</i>	1 (7.1%)		
	<i>Técnicos financeiros/administrativos</i>	5 (35.7%)		
	<i>Técnicos de ciência/engenharia</i>	2 (14.3%)		
	<i>Pessoal administrativo/secretariado</i>	1 (7.1%)		
	<i>Assistentes operacionais</i>	2 (14.3%)		
	<i>Diretores/Gestores executivos</i>	1 (7.1%)		
	<i>Restauração/comércio</i>	1 (7.1%)		
Obtenção de reforma antecipada	<i>Sim</i>	7 (50%)		
	<i>Não</i>	7 (50%)		

Analisando a informação relativa às condições de saúde apresentadas pelos sujeitos, notamos que a maioria das pessoas (71.4%) reportava ter quatro ou mais condições de saúde (destacando que todos os sujeitos indicavam ter pelo menos dois problemas de saúde). Do total da amostra, os problemas psiquiátricos são os mais identificados (85.7%), seguindo-se os problemas de natureza músculo-esquelética (71.4%) (cf. Tabela 2). Relativamente à natureza do pedido, são evocados maioritariamente motivos de natureza emocional (64.3%), seguindo-se os motivos de natureza física (21.4%), sendo os motivos de natureza cognitiva os menos frequentes nesta amostra (14.3%).

Tabela 2. Caracterização da amostra (N=14): Variáveis clínicas

	Variáveis	N (%)
Condições de saúde	2	3 (21.4%)
	3	1 (7.1%)
	4 ou mais	10 (71.4%)
Diagnósticos de natureza		
<i>Défice Sensorial</i>	<i>Visual</i>	3 (21.4%)
	<i>Auditivo</i>	1 (7.1%)
	<i>Nenhum</i>	10 (71.4%)
<i>Psiquiátrica</i>		12 (85.7%)
<i>Neurológica</i>		6 (42.9%)
<i>Músculo-esquelética</i>		10 (71.4%)
<i>Cardiovascular</i>		7 (50%)
<i>Endócrina</i>		5 (35.7%)
<i>Oncológica</i>		1 (7.1%)
<i>Respiratória</i>		5 (35.7%)
	<i>Física</i>	3 (21.4%)
Natureza do motivo do pedido	<i>Cognitiva</i>	2 (14.3%)
	<i>Emocional</i>	9 (64.3%)

4.2. Análise de *follow-up* em função da obtenção ou não obtenção de reforma antecipada por invalidez

4.2.1. Rastreio Cognitivo

Relativamente aos dados de rastreio cognitivo, da amostra total, obtidos no ACE-R, não se observam diferenças estatisticamente significativas entre as pontuações obtidas em ambas avaliações, considerando quer a pontuação global, quer as pontuações nos domínios Atenção/orientação e Memória (Tabela 3). Efetivamente, apenas se observam diferenças com significado estatístico, com melhoria no segundo momento, na pontuação derivada do MMSE ($M_1=26.00$; $DP_1=2.897$; $M_2=27.29$, $DP_2=2.091$; $Z=-1.474$; $p<.05$), nos domínios Funções executivas ($M_1=6.64$; $DP_1=2.763$; $M_2=8.21$, $DP_2=2.833$; $Z=-2.057$; $p<.05$), Linguagem ($M_1=23.57$; $DP_1=2.928$; $M_2=24.50$; $DP_2=2.378$; $Z=1.739$; $p<.05$) e Visuoespacial ($M_1=12.71$; $DP_1=2.673$; $M_2=14.07$; $DP_2=2.056$; $Z=-2.539$; $p<.01$).

Considerando a subamostra de participantes que obteve reforma antecipada por invalidez (n=7), não se observaram diferenças com significado estatístico em qualquer dos indicadores globais e específicos do ACE-R, havendo tendencialmente uma manutenção do perfil de funcionamento cognitivo (Anexo B). Quando se considera o subgrupo de participantes que não obtiveram reforma antecipada por invalidez (n=7), o perfil de resultados tende a aumentar, mas apenas no domínio Fluência Verbal se observa um resultado com significância estatística (M₁=7.14; DP₁=2.545; M₂=9.29; DP₂=1.890; Z=-1.787; p<.05).

Tabela 3. Comparação dos resultados da primeira e segunda avaliações: Rastreio Cognitivo

	Primeira avaliação (n=14)		Segunda avaliação (n=14)		Z (p-value)
	Min - Máx	M (DP)	Min - Máx	M (DP)	
ACE-R					
<i>Total</i>	58 – 94	78.29 (12.067)	44 – 93	79.71 (13.315)	-.629 (.278)
<i>Atenção / Orientação</i>	13 – 18	16.93 (1.639)	15 – 18	17.36 (1.008)	-.718 (.297)
<i>Memória</i>	11 – 25	18.43 (4.603)	12 – 24	18.36 (4.088)	-.470 (.354)
<i>Funções executivas</i>	2 – 11	6.64 (2.763)	3 – 13	8.21 (2.833)	-2.057 (.021)
<i>Linguagem</i>	16 – 26	23.57 (2.928)	18 – 26	24.50 (2.378)	-1.739 (.049)
<i>Visuoespacial</i>	8 – 16	12.71 (2.673)	9 – 16	14.07 (2.056)	-2.539 (.006)
<i>MMSE</i>	18 – 29	26.00 (2.897)	23 – 30	27.29 (2.091)	-1.474 (.018)

Atendendo à amplitude dos resultados, por forma a captar com mais especificidade os perfis de funcionamento cognitivo dos participantes, foi feita uma análise de carácter mais qualitativo, tendo por base a classificação (qualitativa) dos resultados, considerando os resultados obtidos para cada um dos participantes. Assim, em anexo, é possível encontrar os resultados pormenorizados relativos a ambos os momentos de avaliação, para os participantes que obtiveram reforma antecipada por invalidez (Anexo C) e para os que viram o seu pedido indeferido (Anexo D).

No que diz respeito aos participantes que obtiveram reforma antecipada por invalidez, não foi encontrado no ACE-R um padrão comum de evolução do primeiro para o segundo momento de avaliação. A pontuação global mantém-se em seis dos sujeitos, sendo que a classificação mais recorrente é muito inferior. No MMSE o resultado tendeu a aumentar, tendo quatro sujeitos obtido melhor classificação e três mantiveram-na. No domínio Atenção/orientação, há três sujeitos que obtêm um resultado melhor do que na primeira avaliação (dois passam a ter um resultado médio e um obtém um resultado médio superior), sendo que apenas dois sujeitos declinaram nas suas pontuações, neste domínio específico. Relativamente à Memória, a tendência foi manter o resultado (quatro sujeitos), dois pioraram e um melhorou. No domínio das Funções Executivas três sujeitos mantiveram a sua classificação, três aumentaram e apenas um piorou. No domínio da Linguagem, quatro sujeitos evidenciam melhores resultados na avaliação *follow-up*, passando a ter classificações superiores à média. No domínio Visuoespacial

encontra-se a mesma evolução, havendo também quatro sujeitos com melhorias nos resultados e três sujeitos que mantiveram o seu resultado (médio inferior).

Nos participantes cujo pedido de reforma antecipada por invalidez foi indeferido, os resultados indicam, de um modo geral, a manutenção das pontuações do primeiro para o segundo momento de avaliação. O resultado total obtido no ACE-R permaneceu igual em quatro dos sujeitos, aumentou em dois, sendo que apenas se observou declínio num participante. Predomina o perfil médio. Os resultados no MMSE subiram em quatro sujeitos, mantiveram-se em três e desceram num sujeito. Especificamente, nos domínios avaliados pelo ACE-R, a nível de Atenção/orientação, três sujeitos mantiveram o resultado, dois melhoraram e dois pioraram. O domínio da Memória encontra-se mais estável, havendo quatro sujeitos que mantêm o resultado. No que diz respeito às Funções Executivas, três sujeitos obtiveram resultados superiores no segundo momento de avaliação. Na Linguagem, quatro sujeitos melhoraram a classificação, um piorou e dois tiveram a mesma classificação. Destaca-se o domínio Visuoespacial, cujas pontuações se mantiveram em três sujeitos, melhorando em quatro, ou seja, não houve qualquer declínio.

4.2.2. Domínios neurocognitivos

Na Tabela 4 são apresentados os resultados da amostra global relativamente aos domínios neurocognitivos específicos. Apenas se observam diferenças com significado estatístico nas tarefas de Fluência Verbal Semântica ($M_1=11.08$; $DP_1=4.481$; $M_2=13.93$; $DP_2=4.565$; $Z=-2.167$; $p<.05$) e nas tarefas de Cópia ($M_1=25.75$; $DP_1=6.570$; $M_2=29.39$; $DP_2=2.953$; $Z=-2.091$; $p<.05$) e Evocação ($M_1=12.17$; $DP_1=5.774$; $M_2=15.29$; $DP_2=4.660$; $Z=-1.689$; $p<.05$) da FCR, havendo uma ligeira melhoria da primeira para a segunda avaliação.

Considerando a subamostra de participantes que obteve reforma antecipada por invalidez ($n=7$) (Anexo B), apenas se observaram diferenças com significado estatístico, com o perfil de resultados tendencialmente a aumentar, nas tarefas de Cópia ($M_1=25.71$; $DP_1=5.098$; $M_2=29.43$; $DP_2=4.894$; $Z=-1.778$; $p<.05$) e Evocação da FCR ($M_1=10.86$; $DP_1=4.497$; $M_2=15.00$; $DP_2=5.204$; $Z=-1.778$; $p<.05$). Considerando a subamostra de participantes que não obteve reforma antecipada por invalidez ($n=7$), apenas se observaram diferenças com significado estatístico no TMT-A ($M_1=53.29$; $DP_1=13.586$; $M_2=37.86$; $DP_2=12.267$; $Z=-1.859$; $p<.05$), com melhoria de desempenho (diminuição dos tempos de execução) e no índice de retenção do subteste LPII ($M_1=11.43$; $DP_1=3.505$; $M_2=8.00$; $DP_2=2.582$; $Z=-1.693$; $p<.05$), com diminuição das pontuações.

Tal como referido previamente, e atendendo à amplitude dos resultados, foi feita uma análise de carácter mais qualitativo, tendo por base a classificação (qualitativa) dos resultados, considerando os resultados obtidos para cada um dos participantes (Anexos C e D).

No que diz respeito aos participantes que obtiveram reforma antecipada por invalidez, a nível da atenção, no TMT-A, quatro sujeitos mantêm o seu nível de desempenho, dois melhoram e um piora nos tempos de execução. Relativamente às funções executivas, não se observa um padrão claro. No TMT-B, três sujeitos obtêm resultados mais elevados, três declinaram e apenas um se manteve no mesmo nível de desempenho. Na Fluência Verbal, os resultados são mais homogêneos. Especificamente, na FVF, quatro sujeitos mantêm o seu resultado e três obtêm classificações superiores. Na FVS são cinco os sujeitos que mantêm os seus níveis de desempenho, havendo apenas um que melhora e um que piora. No que diz respeito à FCR, é de destacar que cinco sujeitos obtiveram resultados mais elevados na segunda avaliação, sendo que os outros dois mantiveram a mesma pontuação. Nas Listas de Palavras I e II não parece haver um padrão de evolução entre as avaliações. No geral, não houve uma melhoria ou declínio acentuado em qualquer das tarefas e as oscilações existentes não são consistentes entre os sujeitos.

Nos participantes cujo pedido de reforma antecipada por invalidez foi indeferido, não existe um padrão claro, sendo a evolução dos resultados bastante heterogênea. No TMT B não houve qualquer alteração nas pontuações do primeiro para o segundo momento de avaliação, pelo que se pode verificar uma preservação das funções executivas.

Tabela 4. Comparação dos resultados da primeira e segunda avaliações: Funções Neurocognitivas

	Primeira avaliação (n=14)		Segunda avaliação (n=14)		Z (p-value)
	Min - Máx	M (DP)	Min - Máx	M (DP)	
TMT					
A (tempo)	34 – 100	53.21 (18.556)	21 – 104	48.57 (20.806)	-1.193 (.124)
B (tempo)	58 – 248	116.21 (57.852)	55 – 199	105.86 (48.964)	-.942 (.184)
FV					
Fonémica P+M+R	10 – 41	21.92 (10.175)	11 – 47	25.21 (10.743)	-1.100 (.151)
Semântica Animais	5 – 19	11.08 (4.481)	6 – 21	13.93 (4.565)	-2.167 (.015)
FCR					
Cópia	11 – 33	25.75 (6.570)	23 – 35	29.39 (2.953)	-2.091 (.018)
Evocação	6.5 – 25	12.17 (5.774)	8.5 – 23	15.29 (4.660)	-1.689 (.049)
LP- I					
Total	5 – 14	9.43 (2.503)	6 – 14	9.71 (2.335)	-.063 (.490)
1ª Evocação	3 – 11	8.21 (2.259)	3 – 13	8.21 (3.191)	-.361 (.379)
Aprendizagem	5 – 10	8.14 (1.875)	4 – 13	8.14 (2.568)	-.070 (.486)
Contraste 1	6 – 14	9.62 (2.219)	4 – 15	9.50 (3.082)	-.154 (.453)
Contraste 2	6 – 14	10.46 (2.933)	6 – 14	9.14 (2.282)	-1.555 (.066)
LP - II					
Evocação	6 – 14	9.64 (2.240)	5 – 14	9 (3.063)	-.537 (.305)
Retenção	7 – 16	11 (3.305)	5 – 16	10.07 (3.970)	-.526 (.309)
Reconhecimento	2 – 14	7.43 (3.275)	4 – 12	7.14 (2.445)	-.387 (.368)
Opcionais					
Código	4 – 12	8.92 (2.900)	7 – 14	10.20 (3.114)	-.137 (.500)
Memória de Dígitos	5 – 12	9.31 (2.016)	6 – 18	13.20 (4.438)	-1.633 (.094)

4.2.3. (In)Capacidade funcional

Em relação à funcionalidade, nem todos os sujeitos têm dados da primeira avaliação, pelo que é difícil perceber a evolução dos indivíduos. Efetivamente, no primeiro momento de avaliação, e atendendo aos constrangimentos temporais frequentes aquando deste tipo de processo de avaliação neuropsicológica, a componente de avaliação funcional apenas era considerada no protocolo de avaliação quando, na entrevista, eram identificadas queixas de incapacidade funcional nas atividades de vida diária. Como tal, os participantes com avaliação funcional no primeiro momento de avaliação demonstram valores elevados de incapacidade funcional. Assim, o resultado total do IAFAI era maioritariamente muito inferior, a incapacidade física e cognitiva maioritariamente inferior e a emocional muito inferior. Na segunda avaliação, os resultados parecem ter melhorado, sendo que a pontuação total de quatro sujeitos melhorou e, desses, três passaram a ter uma classificação inferior. No geral, todas as pontuações se encontram abaixo dos valores médios, evidenciando incapacidade.

4.2.4. Validade de desempenho

Na Tabela 5, observa-se uma melhoria estatisticamente significativa das pontuações, do primeiro para o segundo momento de avaliação, no indicador relativo à evocação do 15-IMT ($M_1=10.58$; $DP_1=2.937$; $M_2=12.93$; $DP_2=2.674$; $Z=-2.417$; $p<.01$). Quando se consideram as análises em função da obtenção ($n=7$) ou não obtenção ($n=7$) de reforma antecipada por invalidez, não se observam diferenças com significado estatístico nos indicadores do 15-IMT.

Tabela 5. Comparação dos resultados da primeira e segunda avaliações: Validade de Desempenho (REY 15-IMT)

	Primeira avaliação (n=14)		Segunda avaliação (n=14)		Z (p-value)
	Min - Máx	M (DP)	Min - Máx	M (DP)	
15-IMT					
<i>Evocação</i>	6 – 15	10.58 (2.937)	7 – 15	12.93 (2.674)	-2.417 (.008)
<i>Reconhecimento</i>	12 – 30	20.92 (6.127)	8 – 30	24.93 (6.799)	-1.656 (.055)

No que diz respeito a uma análise mais qualitativa (Anexos C e D), os dados do 15-IMT são, na generalidade, médios (no primeiro e segundo momentos de avaliação), pelo que podemos validar os perfis obtidos, quer nos participantes que obtiveram reforma antecipada por invalidez, quer nos que viram o seu pedido indeferido.

4.3. Análise dos perfis em função da obtenção ou não obtenção de reforma antecipada por invalidez

4.3.1. Variáveis sociodemográficas

Na Tabela 6, é apresentada a caracterização demográfica da amostra, em função da obtenção ou não obtenção de reforma antecipada por invalidez. Verificamos que a média das idades dos sujeitos que obtiveram a reforma é ligeiramente superior, embora não se observe significância estatística ($p > .05$). Existe também uma correspondência exata de homens ($n=3$) e mulheres ($n=4$) que obtiveram e não obtiveram a reforma antecipada. No que diz respeito à escolaridade, os participantes que obtiveram reforma antecipada por invalidez possuem, na sua maioria, ensino superior ($n=6$), particularmente na categoria profissional “técnicos financeiros/administrativos” ($n=2$) e “técnicos de ciência/engenharia” ($n=2$).

Tabela 6. Caracterização demográfica dos sujeitos consoante a obtenção/não obtenção de reforma antecipada por invalidez ($N=14$)

	Obtenção ou não ou obtenção de Reforma				U (<i>p</i> -value)
	Sim ($n=7$)		Não ($n=7$)		
	M (DP)	Min – Máx	M (DP)	Min - Máx	
Idade na 1ª avaliação	58.29 (3.302)	54-62	57.29 (2.498)	54-61	19.000 (.264)
Idade na 2ª avaliação	61.86 (3.187)	59-67	60.00 (3.317)	56-65	15.500 (.128)
	N	%	N	%	
Masculino	3	42.9%	3	42.9%	
Feminino	4	57.1%	4	57.1%	
		(100%)		(100%)	
1º ciclo	0	0%	1	14.3%	
2º/3º ciclo	1	14.3%	3	42.9%	
Secundário	0	0%	2	28.6%	
Ensino superior	6	85.7%	1	14.3%	
		(100%)		(100%)	
Profissionais de saúde	1	14.3%	0	0%	
Professores	1	14.3%	0	0%	
Técnicos financeiros/administrativos	2	28.6%	3	42.9%	
Pessoal administrativo/secretariado	0	0%	1	14.3%	
Assistentes operacionais	1	14.3%	1	14.3%	
Diretores/Gestores executivos	0	0%	1	14.3%	
Técnicos de ciência/engenharia	2	28.6%	0	0%	
Restauração/comércio	0	0%	1	14.3%	
		(100%)		(100%)	

4.3.2. Variáveis clínicas

Relativamente às variáveis clínicas, verifica-se que todos os sujeitos que obtiveram a reforma ($N=7$) tinham 4 ou mais condições de saúde, o que corresponde a 70% dos sujeitos que

se apresentavam com mais de 4 condições de saúde, ou seja, 30% não obteve reforma antecipada por invalidez. Portanto, todos os sujeitos que tinham menos do que 4 problemas de saúde diagnosticados não viram o seu pedido deferido (cf. Tabela 7). Relativamente ao funcionamento sensorial, verificamos que todos os sujeitos que reportaram problemas visuais obtiveram a reforma antecipada, o que corresponde a 75% dos sujeitos que obtiveram reforma. Dos sujeitos que obtiveram reforma antecipada, observa-se que as condições clínicas mais frequentemente reportadas dizem respeito a diagnósticos de natureza psiquiátrica (85.7%), músculo-esqueléticas, cardiovasculares e endócrinos (71.4%). Todos os sujeitos com diagnósticos de natureza endócrina e oncológica da amostra tiveram acesso à reforma, tendo uma prevalência de 71.4% e 14.3%, respetivamente, na subamostra de reformados. Relativamente à natureza do pedido de reforma antecipada por invalidez, a maioria dos sujeitos avaliados e que viram o seu pedido deferido reportaram questões de natureza emocional (n=5).

Tabela 7. Caracterização clínica dos sujeitos consoante a obtenção/não obtenção de reforma antecipada por invalidez (N=14)

		Obtenção ou não ou obtenção de Reforma				
		Sim (n=7)		Não (n=7)		
		N	%	N	%	
Nº condições	2	0	0%	3	42.9%	
	3	0	0%	1	14.3%	
	4+	7	100%	3	42.9%	
Défi ce sensorial	Visual	3	75%	0	0%	
	Auditivo	0	0%	1	16.7%	
	Nenhum	1	25%	5	83.3%	
Diagnóstico	Psiquiátrica	Sim	6	85.7%	6	85.7%
		Não	1	14.3%	1	14.3%
	Neurológica	Sim	2	28.6%	4	57.1%
		Não	5	71.4%	3	42.9%
	Músculo-esquelética	Sim	5	71.4%	5	71.4%
		Não	2	28.6%	2	28.6%
	Cardiovascular	Sim	5	71.4%	2	28.6%
		Não	2	28.6%	5	71.4%
	Endócrina	Sim	5	71.4%	0	0%
		Não	2	28.6%	7	100%
	Oncológica	Sim	1	14.3%	0	0%
		Não	6	85.7%	7	100%
	Respiratória	Sim	3	42.9%	2	28.6%
		Não	4	57.1%	5	71.4%
Natureza do pedido	Física	2	28.6%	1	14.3%	
	Cognitiva	0	0%	2	28.6%	
	Emocional	5	71.4%	4	57.1%	

4.3.3. Rastreio Cognitivo

Na Tabela 8, são apresentados os valores obtidos na prova de rastreio cognitivo (ACE-R), que estabelecem o nível base de funcionamento (primeiro momento de avaliação, aquando o pedido de reforma antecipada por invalidez). Como se pode observar, não se registam diferenças com significado estatístico em nenhum dos indicadores da prova entre os participantes que obtiveram reforma antecipada por invalidez (n=7) e os que viram o seu pedido indeferido (n=7).

Tal como referido previamente, e atendendo à amplitude dos resultados, foi feita uma análise de carácter mais qualitativo, tendo por base a classificação (qualitativa) dos resultados, considerando os resultados obtidos para cada um dos participantes em cada um dos grupos em análise, ou seja, os que obtiveram reforma antecipada por invalidez (Anexo C) e os que não a obtiveram (Anexo D). Os participantes que obtiveram reforma antecipada apresentam, tendencialmente, um padrão muito inferior de funcionamento, quando se consideram as pontuações globais obtidas no ACE-R. Especificamente, nos domínios examinados, evidenciam-se resultados muito inferiores nas Funções Executivas e Visuoespacial. Quando se observa o padrão dos participantes que não obtiveram reforma antecipada por invalidez, sobressaem valores médios de desempenho cognitivo, quer globalmente, quer nos domínios específicos examinados. No entanto, salvaguarda-se que existe alguma variação dentro de cada grupo em análise.

Tabela 8. Caracterização cognitiva dos sujeitos consoante a obtenção/não obtenção de reforma antecipada por invalidez (N=14)

	Obtenção ou não ou obtenção de Reforma				U (p-value)
	Sim (n=7)		Não (n=7)		
	M (DP)	Min - Máx	M (DP)	Min - Máx	
ACE-R					
<i>Total</i>	77.71 (13.060)	58 – 91	78.86 (12.006)	64 – 94	23.000 (.451)
<i>Atenção / Orientação</i>	17.00 (1.528)	14 – 18	16.86 (1.864)	13 – 18	24.000 (.500)
<i>Memória</i>	18.86 (4.670)	12 – 25	18.00 (4.865)	11 – 23	21.000 (.343)
<i>Funções executivas</i>	6.14 (3.078)	2 – 9	7.14 (2.545)	4 – 11	20.500 (.321)
<i>Linguagem</i>	23.86 (3.625)	16 – 26	23.29 (2.289)	20 – 26	16.500 (.166)
<i>Visuoespacial</i>	11.86 (2.854)	8 – 16	13.57 (2.370)	9 – 16	15.500 (.136)
<i>MMSE</i>	26.71 (2.215)	23 – 29	25.29 (3.638)	18 - 29	19.000 (.260)

4.3.4. Domínios neurocognitivos

Na Tabela 9, são apresentados os valores obtidos nas provas específicas de funcionamento neurocognitivo no primeiro momento de avaliação (aquando do pedido de reforma antecipada por invalidez). Como se pode observar, não se registam diferenças com significado estatístico em qualquer das provas e respetivos indicadores entre os participantes que obtiveram reforma antecipada por invalidez (n=7) e os que viram o seu pedido indeferido (n=7).

Atendendo à amplitude dos resultados, foi novamente efetuada uma análise de carácter mais qualitativo, tendo por base a classificação (qualitativa) dos resultados, considerando os resultados obtidos para cada um dos participantes em cada um dos grupos em análise, ou seja, os

que obtiveram reforma antecipada por invalidez (Anexo C) e os que não a obtiveram (Anexo D). No TMT-A e TMT-B, os valores são tendencialmente médios nos participantes que viram o seu pedido de reforma antecipada aprovado, pontualmente mais afetados no TMT-B. Um padrão similar surge no grupo de participantes que não obtiveram reforma antecipada por invalidez, mas com o TMT-A a evidenciar resultados ligeiramente superiores. No que diz respeito às tarefas de Fluência Verbal, observam-se padrões similares em ambos os grupos, com valores predominantemente médios. Na FCR, surge mais vincado o desempenho inferior no grupo dos participantes que obtiveram reforma antecipada por invalidez, quer na tarefa de cópia, quer na tarefa de evocação. No grupo de participantes que não obtiveram reforma antecipada, o padrão de desempenho na tarefa é mais preservado, evidenciando-se, no entanto, níveis inferiores de desempenho na tarefa de cópia. Nos subtestes Listas de Palavras da WMS-III, Código e Memória de Dígitos da WAIS-III, os padrões são tendencialmente médios, independentemente do grupo de participantes (que obtiveram e não obtiveram reforma antecipada), embora se denotem valores mais elevados no grupo de participantes que não obteve reforma antecipada por invalidez.

Tabela 9. Caracterização neurocognitiva dos sujeitos consoante a obtenção/não obtenção de reforma antecipada por invalidez (N=14)

	Obtenção ou não ou obtenção de Reforma				U (p-value)
	Sim (n=7)		Não (n=7)		
	M (DP)	Min – Máx	M (DP)	Min – Máx	
TMT					
A (tempo)	53.14 (23.695)	36 – 100	53.29 (13.586)	34 – 68	24.000 (.490)
B (tempo)	106.29 (32.092)	68 – 143	126.14 (77.405)	58 – 148	22.000 (.391)
FV					
Fonémica P+M+R	22.43 (10.097)	10 – 38	21.20 (11.432)	14 – 41	16.500 (.456)
Semântica Animais	10.43 (4.467)	5 – 16	12.00 (4.848)	7 – 19	15.000 (.360)
FCR					
Cópia	25.71 (5.098)	16.50 – 32	25.80 (8.927)	11 – 33	16.000 (.424)
Evocação	10.86 (4.497)	6.50 – 17.50	14.00 (7.357)	6.50 – 25	14.500 (.337)
LP- I					
Total	8.00 (2.582)	3 – 10	8.43 (2.070)	6 – 11	21.500 (.394)
1ª Evocação	9.57 (2.440)	5 – 12	9.29 (2.752)	5 – 14	21.000 (.358)
Aprendizagem	7.43 (1.512)	6 – 10	8.86 (2.035)	5 – 10	13.500 (.064)
Contraste 1	9.67 (1.211)	9 – 12	9.57 (2.936)	6 – 14	19.500 (.392)
Contraste 2	10.50 (2.665)	7 – 14	10.43 (3.359)	6 – 14	21.000 (.533)
LP - II					
Evocação	9.14 (1.952)	6 – 12	10.14 (2.545)	7 – 14	18.500 (.231)
Retenção	10.57 (3.309)	7 – 16	11.43 (3.505)	7 – 16	22.000 (.396)
Reconhecimento	7.00 (3.055)	2 – 10	7.86 (3.671)	4 – 14	22.000 (.384)
Opcionais					
Código	9.67 (2.658)	5 – 12	8.29 (3.147)	4 – 12	14.500 (.196)
Memória de Dígitos	9.17 (2.714)	5 – 12	9.43 (1.397)	8 – 11	21.000 (.503)

V – Discussão

O estudo desenvolvido visou caracterizar o perfil neurocognitivo obtido na avaliação *follow-up* e compará-lo com o perfil de funcionamento previamente estabelecido, numa primeira avaliação, aquando do pedido de reforma antecipada por invalidez. Pretendeu-se também averiguar a existência de diferenças no perfil de funcionamento, em função da obtenção ou não obtenção do pedido de reforma antecipada por invalidez.

A média de idades dos sujeitos na primeira avaliação é de 57.79 (DP=2.860) e na segunda é de 60.93 anos (DP=3.269). A literatura reporta que é entre os 50 e os 60 anos que se espera o início do declínio cognitivo mais acentuado (Salthouse, 2010a). Porém, na análise (*follow-up*) do perfil de funcionamento cognitivo/rastreo da amostra geral, os dados evidenciam manutenção e/ou melhoria de desempenho, comparativamente ao primeiro momento avaliativo (havendo variação mínima), quer nos indicadores de resultado total do ACE-R, quer nos das funções que integram este teste. Esta primeira apreensão parece não corroborar a perda cognitiva associada à idade. No entanto, considerando o tamanho reduzido da amostra e a grande amplitude de resultados, esta primeira leitura foi complementada com a análise qualitativa dos perfis dos participantes de cada subamostra (obtenção ou não obtenção de reforma antecipada por invalidez). No grupo de participantes que obteve reforma, olhando para os valores obtidos, é interessante perceber que, no resultado total do ACE-R, os sujeitos se mantêm dentro do mesmo nível de classificação, sendo a maioria muito inferior. Sobressai o perfil mais afetado das funções executivas, visuoespacial e, menos pronunciado, na memória. No grupo que não obteve reforma, predomina o desempenho médio, registando-se ligeiro aumento das pontuações.

Para percebermos esta variação nas subamostras de obtenção e não obtenção de reforma antecipada por invalidez, analisámos também a eventual presença de diferenças prévias. Quando se consideram os perfis de nível base (análise dos perfis), ainda que a análise quantitativa não capte diferenças, verificamos, também numa abordagem qualitativa, que aqueles perfis já estavam estabelecidos. Assim, os sujeitos que obtiveram posteriormente reforma apresentavam um valor global no ACE-R predominantemente muito inferior. Numa leitura mais específica das funções que integram o ACE-R, verificamos que neste grupo as funções executivas e visuoespaciais surgem como afetadas, com a respetiva classificação a denotar défice, com resultados maioritariamente muito inferiores. Em contraponto, os sujeitos que não obtiveram reforma apresentavam na primeira avaliação um perfil médio de funcionamento, quer no valor total, quer nas diferentes funções que integram o ACE-R.

Na leitura do perfil neurocognitivo/funções neurocognitivas (*follow-up*), em testes específicos, a análise quantitativa revela, mais uma vez, manutenção e/ou melhoria do perfil. Por

se verificar novamente grande amplitude de resultados e considerando o reduzido tamanho da amostra, optámos também por uma abordagem qualitativa, baseada nas classificações obtidas. Nesta análise, quer no grupo que obteve reforma, quer no que não a obteve, sobressai manutenção e/ou melhoria das pontuações, nomeadamente no que se reporta ao resultado do TMT A e B, evidenciando preservação em termos de funcionamento executivo.

No que ao nível base diz respeito (análise dos perfis), no grupo que veio a obter reforma antecipada, destaca-se o desempenho inferior na Figura Complexa de Rey, nos ensaios de cópia e evocação, evidenciando um défice a nível da memória visual, capacidade visuoespacial, planificação e resolução de problemas e capacidades visuomotoras. No entanto, a pontuação média/média inferior obtida no TMT A e B indica, neste grupo, uma certa preservação a nível das funções executivas, nomeadamente no que diz respeito à exploração visuomotora, velocidade de processamento, atenção dividida e flexibilidade cognitiva. As restantes funções surgem preservadas. No grupo que não obteve reforma, é também a FCR que se destaca, com valores inferiores, mantendo-se nas restantes provas desempenhos predominantemente médios.

Apesar destes padrões, não podemos deixar de referir a variabilidade dos perfis. Nesse sentido, considerando os diferentes parâmetros analisados, sobressai a heterogeneidade em termos de resultados, quer no grupo que obteve, quer no que não obteve reforma.

Adicionalmente, ainda que de forma não uniforme em todas as provas, os dados indicam que as maiores vulnerabilidades evidenciadas nestes sujeitos são congruentes com as propostas encontradas na literatura, que sugerem que é na inteligência fluída que se verifica o declínio cognitivo mais acelerado; desta fazem parte a memória, velocidade de processamento, processos atencionais/executivos e capacidade visuoespacial (Murman et al., 2015; Schaie, 1994; Singer et al., 2010, como citados em Fleischmann et al., 2017). Como vimos, surge no nosso estudo um perfil afetado dessas funções. Ainda de referir que, considerando os resultados do Rey 15-IMT, não parece haver esforço insuficiente no desempenho das tarefas, em nenhum dos momentos de avaliação. Assim, este resultado vinca a validade do perfil obtido. Vejamos, agora, outros fatores que podem ajudar a enquadrar os dados.

Um fator a notar é que a amostra apresenta um nível de escolaridade bastante elevado, sendo que 50% dos sujeitos concluíram uma formação superior. A nível de profissões, as mais frequentes eram técnicos financeiros/administração (35.7%), técnicos de ciência/engenharia e assistentes operacionais (ambos com 14.3%). Os dados do perfil neurocognitivo parecem ser concordantes com os dados que se encontram na literatura, em particular no que diz respeito à hipótese da reserva cognitiva, que sugere que o processo de educação e um trabalho cognitivamente complexo são protetores no declínio cognitivo (Stern 2009, 2012, como citado em Fleischmann et al., 2017). Salthouse (2010a) refere também que a maior nível de escolaridade está associado um menor declínio cognitivo. Ademais, é necessário ter em conta que o estudo foi

realizado com sujeitos que são acompanhados numa clínica privada e que optaram por realizar a avaliação neuropsicológica também no contexto privado, indicando que é possível que pertençam a classes socioeconômicas mais elevadas. Deste modo, recordamos que König et al. (2018) propõem que haverá uma maior proteção relativamente ao declínio cognitivo em classes socioeconômicas mais altas, dado que têm acesso a mais recursos nomeadamente, financeiros e de saúde e atividades de lazer estimulantes cognitivamente. Assim, os sujeitos que não obtiveram reforma mantêm, no geral, um perfil ajustado de funcionamento. Os sujeitos que obtiveram reforma evidenciam alguns défices, havendo, no entanto, alguma disparidade quando se analisam os resultados da prova de rastreio (mais baixos), com os das provas específicas de funções neurocognitivas (mais preservadas). Por outro lado, mantem-se no período temporal o “grau” do perfil de funcionamento destes sujeitos. Ainda, por exemplo, nas provas de memória, denota-se diferenciação de perfil consoante as normas são estabelecidas com referência também à escolaridade (ex. Memória/ACE-R, inferior) ou só à idade (ex. LP I e II, predominantemente médio). Considerando o perfil de funcionamento pré-mórbido dos sujeitos (cf. Figueiredo, 2019), os valores observados são médios. Por hipótese, então, a escolaridade dos sujeitos que, como sugerido pela literatura (cf. Fleischmann et al., 2017), é um fator protetor do declínio cognitivo, parece ter impacto no perfil. A hipótese da reserva cognitiva pode, portanto, explicar estes dados.

Porém, parece emergir um perfil diferenciado, em termos de eventuais funções “mais protegidas” comparativamente a outras, considerando esta hipótese da reserva cognitiva, exigindo também que se considere outros fatores explicativos.

No que concerne a natureza do pedido, os problemas cognitivos foram os menos evocados pela amostra, representado apenas 14.3%. O motivo mais prevalente foi o de natureza emocional, evocado por 64.3% dos sujeitos. Nesse sentido, também se evidencia a importância de outros fatores (nomeadamente emocionais) para compreender o perfil de funcionamento neurocognitivo, sendo que, por exemplo, as funções executivas, a velocidade de processamento e as tarefas visuoestrutivas e de memória visual podem surgir afetadas por sintomatologia depressiva/diagnóstico de Depressão Major (cf. Lam, Kennedy, McIntyre & Khullar, 2014), com resultados a poder variar/discrepância entre provas que avaliam o mesmo constructo, num mesmo momento avaliativo. Uma vez que estes parecem ser os domínios mais afetados na amostra, e apesar de não ser este o foco da nossa investigação, conferimos os resultados obtidos no Índice de Sintomas Positivos do BSI, que decresceu na segunda avaliação ($M_1=2.649$, $DP_1=0.488$; $M_2=2.148$, $DP_2=0.423$), passando de um nível muito superior a médio superior, mas mantendo-se acima do ponto de corte (1.7), o que indica que os resultados continuam a ter relevância clínica. Deste modo, parece que a diminuição de sintomas depressivos pode ser também um fator protetor no declínio cognitivo, podendo ser uma explicação para os resultados obtidos. Ainda, na amostra do estudo de Figueiredo (2019), que serviu de base para esta investigação, mais de metade (60.3%) dos pedidos de reforma tinham sido devidos a motivos emocionais, mantendo-se valores

percentuais similares, neste segundo momento de avaliação, tendo sido maioritariamente os sujeitos com estas “queixas” a aceitar participar no *follow-up*. Outros estudos referem que os problemas emocionais (ex. depressão) estão entre os fatores de saúde mais associados ao pedido de reforma antecipada (Karpansalo et al., 2004; Pietiläinen et al, 2011).

Os sujeitos da amostra estavam, na sua maioria, diagnosticados com quatro ou mais condições de saúde (71.4%), sendo que a condição mais prevalente na amostra é de natureza psiquiátrica (85.7%). E é ainda de destacar que todos os sujeitos que obtiveram reforma faziam parte dessa percentagem de sujeitos com quatro ou mais condições de saúde. Assim, podemos ver o peso que os diagnósticos médicos têm na tomada de decisão da obtenção ou não da reforma (Decreto-Lei 377/2007, de 09 de Novembro).

Ora, um dos objetivos deste estudo era perceber o padrão de funcionamento consoante a obtenção ou não obtenção de reforma antecipada. Retomando o referido previamente (análise de perfis), não parece haver um padrão vincadamente distintivo entre os sujeitos que obtiveram e os que não obtiveram reforma. Primeiramente, é de referir que as subamostras não se diferenciam na variável idade, pelo que este fator não estará a interferir nos perfis. Em termos de cognição global, nos que obtiveram a reforma, quatro mantêm um perfil de funcionamento muito inferior pré-existente e três mantêm um perfil médio. Nos que não obtiveram a reforma, cinco mantêm o perfil médio prévio, um o perfil muito inferior e um piorou o resultado (passa de médio inferior a muito inferior). No entanto, em termos de perfil mais específico, nos sujeitos aposentados, na Figura Complexa de Rey a pontuação aumentou, evidenciando uma melhoria ligeira, em comparação com os seus resultados iniciais a nível da capacidade visuoespacial, planificação, capacidades visuomotoras. Por outro, a pontuação do TMT A manteve-se no geral como média, significando que houve uma preservação na velocidade de processamento e nos processos atencionais simples. Este efeito pode ser devido à reforma, contrariando a hipótese de uso e desuso, que prevê que pessoas com trabalhos cognitivamente estimulantes (como é o caso dos sujeitos da amostra) tenham maior declínio cognitivo na reforma, por falta de estimulação (Coe et al., 2012; Finkel et al., 2009, como citados em König et al., 2018). Estes dados são concordantes com os resultados obtidos por Celidoni et al. (2017), através do inquérito SHARE, que indicavam que para os sujeitos que se reformavam mais cedo, a aposentação tinha benefícios para a cognição. No que diz respeito aos sujeitos que continuam a trabalhar, os resultados mantiveram-se similares em ambos os momentos, no geral. Contudo, no domínio visuoespacial do ACE-R houve quatro sujeitos a melhorar os seus resultados e quatro sujeitos a melhorar a pontuação no subteste de Código. Ainda, no TMT B os valores médios diminuíram, o que significa que os sujeitos completaram a tarefa em menos tempo, indicando, deste modo, melhorias a nível da atenção dividida, flexibilidade cognitiva, velocidade de processamento e capacidade psicomotora. Na literatura encontram-se vários estudos que apontam nesta direção, indicando que

atrasar a reforma tem um efeito protetor relativamente ao declínio cognitivo (cf. Grotz, Meillon et al., 2016; Mosca & Wright, 2018, Tumino, 2016).

Interessantemente, a nível de funcionalidade, não foram encontradas diferenças em função da obtenção ou não obtenção de reforma, uma vez que todos os sujeitos obtêm resultados maioritariamente inferiores à média. Este dado coloca-nos a questão da intervenção/acompanhamento, quer nos processo de transição para reforma, quer no pós-reforma, considerando o impacto que ambas as condições podem ter nas atividades do dia a dia destas pessoas (cf. Grotz, Matharan et al., 2016).

Uma vez que a amostra total é reduzida e não se verifica uma “diferença”/diferenciação considerável na evolução dos sujeitos que obtiveram reforma antecipada em comparação com os que não tiveram, não é possível atribuir estes resultados somente à reforma. Os resultados encontrados não sugerem uma evolução vincadamente diferente nos sujeitos em função da decisão quanto ao pedido de reforma. Remete-nos, assim, para a dicotomia encontrada na literatura relativamente ao impacto da reforma no declínio cognitivo, sendo frequentemente referido que a forma como a decisão e transição para esta nova etapa é feita e acompanhada pode potenciar benefícios ou prejuízos (cf. Denier et al., 2016, Grotz, Matharan et al., 2016). Por exemplo, Been e van Vliet (2017) sugerem que o trabalho em *part-time* não só pode funcionar como “ponte” entre a vida laboral e a reforma, como diminui a saída do mercado de trabalho, dos homens mais velhos. Dorn e Sousa-Poza (2005) estudaram os determinantes da reforma antecipada na Suíça e, nesse estudo, perceberam que os sujeitos preferiam uma transição gradual, sendo que mais de 30% dos sujeitos que se reformaram antecipadamente, entre 2001 e 2002, continuaram a trabalhar noutras atividades. Esta transição mais gradual pode permitir uma maior adaptação e uma preparação da reforma, não representando, assim, uma mudança tão abrupta no que diz respeito à eventual diferenciação na estimulação cognitiva e ao envolvimento social, por exemplo. Os instrumentos de validação de desempenho mostram que não houve simulação ou falta de esforço dos sujeitos em nenhum dos momentos avaliativos, havendo mesmo aumento de valores na avaliação *follow-up*. Assim, contraria a representação de que quem pede a reforma antecipada estará a querer obter um ganho indevido (simulando desempenhos). Neste âmbito, a devida fundamentação dos processos e a estruturação dos procedimentos avaliativos dos pedidos de reforma é uma exigência, colocando a questão da peritagem, nomeadamente, forense e dos protocolos de avaliação neuropsicológica a implementar.

Algumas limitações existentes neste estudo são, por exemplo, o período de *follow-up* relativamente curto. Fleischmann et al. (2017) sugerem que com um período de *follow-up* curto não é possível avaliar o efeito da reforma a longo prazo. Ainda, a amostra reduzida, limita as conclusões que podemos tirar. Para a análise dos resultados foram quase sempre usadas normas referentes à idade. No entanto, tendo em conta que esta é uma amostra com um nível de escolaridade relativamente elevado, as normas escolhidas podem influenciar os resultados, já que,

apenas atendendo à idade, as classificações de ajustamento podem ser superiores ao perfil “real”, o que poderia ser captado se a variável escolaridade tivesse sido sempre utilizada. Também é possível que exista um efeito de prática de re-teste, já que a literatura indica que este se pode manifestar num período de até 7 anos, variando em função da idade, capacidade do sujeito e dificuldade e tipo de tarefa (Rabbitt et al., 2004).

Como referido, este estudo pretendia ainda contribuir para o desenvolvimento de um protocolo estruturado, que validasse a intervenção dos Psicólogos Forenses no processo de pedidos de reforma antecipada por invalidez e ajudasse a compreender a importância da Avaliação Neuropsicológica para averiguar o funcionamento neurocognitivo dos sujeitos. Penso que este objetivo foi cumprido, tendo desenvolvido um protocolo, mais reduzido que o original, mas compreensivo, que cobriu as diferentes dimensões/domínios e focado em aspetos relevantes para a decisão. Em comparação com o protocolo original, vemos que não foram incluídos instrumentos que avaliassem a inteligência pré-mórbida, nem a personalidade, já que estas são características mais estáveis no tempo. Manteve-se o rastreio, que se revela já uma medida informativa importante. Porém, exige a explicitação do perfil com recurso a testes de funções. Incluíram-se medidas das funções executivas, atenção, velocidade de processamento, memória, função visuoespacial, (in)capacidade funcional e validade de desempenho. Assim, parece ser um exemplo de protocolo que pode servir de guia para futuras investigações, ou para os clínicos que realizam estas avaliações, quer para uma avaliação *follow-up*, de modo a não submeter novamente o sujeito a uma avaliação tão extensiva, quer para uma triagem simplificada, que possa fornecer ao Psicólogo informações sobre o nível geral de funcionamento neuropsicológico dos sujeitos, nas dimensões que se revelam mais importantes para esclarecer os perfis neurocognitivos. Relembramos que a dimensão emocional/socioafetiva está a ser abordada noutra trabalho, pensando-se, nesse âmbito, também um protocolo de avaliação.

Tendo em conta a atualidade e relevância desta temática, penso ser bastante importante continuar a investigação nesta área. Para estudos futuros, sugiro que se alargue a amostra e que se obtenha uma amostra mais heterogénea, nomeadamente, a nível da escolaridade e classe social dos sujeitos, de forma a melhor compreender o fenómeno e o impacto da obtenção ou não obtenção de reforma no declínio cognitivo (cf. König et al., 2018). Neste sentido, seria importante alargar, também, o período de *follow-up*, para que fosse mais claro o efeito a longo prazo da reforma no estado dos sujeitos. Preferencialmente, poderiam ser implementados vários estudos de *follow-up*, em diferentes momentos do espectro temporal da reforma. Seria também benéfico, com uma amostra maior, poder comparar o tempo de reforma dos sujeitos, pois durante o período de espera da decisão os sintomas de *burnout* continuam, pelo que o efeito da reforma será mais claro nos sujeitos que se encontram aposentados há mais tempo. Por exemplo, há estudos que encontram um maior declínio cognitivo em sujeitos com um período de reforma mais longo, pelo que seria interessante estudar também este efeito (cf. Denier et al., 2016). Outra análise que seria

interessante realizar era a comparação dos resultados dos sujeitos que obtiveram reforma antecipada, com sujeitos que se reformaram à data da idade por lei estabelecida. Deste modo, estudar-se-ia não só o impacto da reforma, mas também se há diferenças no impacto tendo em conta o momento (e tipologia) da reforma. Um dos fatores que contribuiu para a reduzida amostra que o estudo teve foi a falta de financiamento para deslocações, que representava um grande constrangimento para os sujeitos que moravam mais longe. Assim, sugiro que tal seja tido em conta em investigações futuras, já que pode aumentar o número de sujeitos que aceita participar.

Conclusão

Neste estudo encontramos dados que sugerem que os domínios neurocognitivos de funções executivas, planificação e resolução de problemas, memória visual, capacidade visuoespacial, atenção e capacidades visuomotoras, surgem afetados, no âmbito dos processos de pedido de reforma por invalidez. Apesar destes padrões, não podemos deixar de referir a variabilidade dos perfis. Nesse sentido, considerando os diferentes parâmetros analisados, sobressai a heterogeneidade em termos de resultados, quer no grupo que obteve, quer no que não obteve reforma. Estas funções devem ser, porém, sempre objeto de avaliação, no âmbito dos processos de pedido de reforma antecipada. Há uma ligeira melhoria de resultados na segunda avaliação, que se pode dever à existência de um efeito protetor resultante do elevado nível de escolaridade da amostra. Deve, então, ser ponderado o efeito desta variável.

Não foi claro o efeito que a obtenção ou não obtenção de reforma tem no declínio cognitivo dos sujeitos. Assim, reforça-se a ideia de que é necessário acompanhar a transição para a reforma, para que não seja um “choque de realidades”, seguir os sujeitos que se encontram à espera de uma decisão, atenuando os sintomas de *burnout* que evidenciam e, ainda, acompanhar os sujeitos que têm o seu pedido recusado, uma vez que tendo de continuar a trabalhar, parece necessário que a realidade que vivem mude, de forma a não exacerbar os sintomas já sentidos.

No que diz respeito à importância da Avaliação Neuropsicológica, torna-se claro que um protocolo bem estruturado, que cubra as diferentes áreas do funcionamento, permite ter uma maior noção do estado dos sujeitos, das suas fragilidades e, também, das áreas mais preservadas. A lei não refere explicitamente o papel do Psicólogo neste processo, sendo apenas mencionado que o médico relator pode pedir a integração de um perito de determinada especialidade ou obter pareceres especializados. Defendo que o protocolo usado neste estudo possa ser uma base para este processo, já que é um protocolo representativo e abrangente das diferentes áreas, que a literatura mostra serem as mais afetadas nos sujeitos que requerem a reforma antecipada. É, sem dúvida, um tema atual, que está novamente a ser discutido em Portugal, nomeadamente no que diz respeito a uma passagem gradual para a reforma. Este estudo pode ajudar os legisladores e outros profissionais de saúde a entender o papel fulcral que o Psicólogo Forense pode ter no auxílio da tomada de decisão deste pedido e, ainda, no acompanhamento destes sujeitos ao longo do processo e também na transição para a reforma. Tal seria vantajoso não só a nível do bem-estar dos sujeitos, como também a nível económico para o país.

Este estudo tem algumas limitações, que devem ser tidas em conta em estudos futuros. Em primeiro lugar, o N da amostra deveria ser aumentado e devia ser mais heterogénea

principalmente a nível de escolaridade e classe socioeconómica, podendo, por exemplo, ser recolhida numa instituição pública, com o objetivo de conferir representatividade à mesma. Ainda, verificou-se que o período de *follow-up* foi relativamente curto, pelo que se deve aumentar o mesmo ou possibilitar a implementação de vários estudos, por forma a comparar a progressão dos perfis, ao longo do tempo, de modo a melhor captar o efeito da reforma. Ainda há muito para estudar nesta área, nomeadamente no que diz respeito ao efeito da reforma antecipada *versus* reforma “normativa”, podendo então ser elaborado um estudo comparativo com sujeitos que obtiveram a reforma por terem atingido a idade legalmente estipulada. Está a ser desenvolvido um estudo que se foca nas questões emocionais ligadas à obtenção ou não obtenção da reforma antecipada, que parece ser bastante pertinente, uma vez que estes são os motivos mais frequentemente evocados para justificação do pedido, nesta amostra. Em complemento, ajudará a compreender o perfil multidimensional e complexo dos pedidos de reforma antecipada por invalidez.

Bibliografia

- American Psychological Association. (2002). Ethical principles of psychologists and code of conduct. *American Psychologist*, 57(12), 1060–1073.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Been, J., & van Vliet, O. (2017). Early Retirement across Europe. Does Non-Standard Employment Increase Participation of Older Workers? *Kyklos*, 70(2), 163–188. <https://doi.org/10.1111/kykl.12134>
- Bianchi, R., Schonfeld, I. S., & Laurent, E. (2019). Burnout: Moving beyond the status quo. *International Journal of Stress Management*, 26(1), 36-45.
- Bonifácio, V., Cardoso-Pereira, N., & Pires, A. M. (2003). *Aferição do teste da Figura Complexa de Rey numa amostra nacional*. Actas do Congresso de Neurociências Cognitivas. Évora.
- Boone, K. B., Salazar, X., Lu, P., Warner-Chacon, K., & Razani, J. (2002). The Rey 15-Item Recognition Trial: A technique to enhance sensitivity of the Rey 15-Item Memorization Test. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 24(5), 561-573.
- Bush, S. S., Barth, J. T., Pliskin, N. H., Arffa, S., Axelrod, B. N., Blackburn, L. B., ... Silver, C. H. (2005). Independent and court-ordered forensic neuropsychological examinations: Official statement of the National Academy of Neuropsychology. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 20(8), 997–1007. <https://doi.org/10.1016/j.acn.2005.06.003>
- Canavarro, M. C. (2007). Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI): Uma revisão crítica dos estudos realizados em Portugal. In M. R. Simões, C. Machado, M. M. Gonçalves, & L. S. Almeida (Coord.), *Avaliação Psicológica: Instrumentos validados para a população portuguesa* (Vol. III, pp. 305-331). Coimbra: Quarteto.
- Cavaco, S., Gonçalves, A., Pinto, C., Almeida, E., Gomes, F., Moreira, I., ... Teixeira-Pinto, A. (2013a). Trail Making Test: Regression-based Norms for the Portuguese Population. *Archives of Clinical Neuropsychology*. doi:10.1093/arclin/acs115
- Cavaco, S., Gonçalves, A., Pinto, C., Almeida, E., Gomes, F., Moreira, I., ... Teixeira-Pinto, A. (2013b). Semantic Fluency and Phonemic Fluency: Regression-based Norms for the Portuguese Population. *Archives of Clinical Neuropsychology*. doi:10.1093/arclin/act001
- Celidoni, M., Dal Bianco, C., & Weber, G. (2017). Retirement and cognitive decline. A longitudinal analysis using SHARE data. *Journal of Health Economics*, 56, 113–125. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2017.09.003>
- Centro Nacional de Pensões. (2019). *Guia prático – Pensão de Invalidez [Manual]*. Lisboa: Instituto da Segurança Social, I.P.
- Código Deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses*. (2011). Diário da República, 2ª Série, Nº78, 20 de Abril, Regulamento Nº 258/2011.
- Decreto-Lei n.º 119/2018 de 27 de Dezembro, Diário da República n.º 249/2018, Série I de 2018-12-27.

- Presidência do Conselho de Ministros.
- Decreto-Lei n.º 187/2007 de 10 de Maio, Diário da República n.º 90/2007, Série I de 2007-05-10. Ministério do Trabalho e Solidariedade Social.
- Decreto-Lei n.º 377/2007 de 09 de Novembro, Diário da República n.º 216/2007, Série I de 2007-11-09. Presidência de Conselho de Ministros.
- Denier, N., Clouston, S. A. P., Richards, M., & Hofer, S. M. (2017). Retirement and cognition: A life course view. *Advances in Life Course Research*, 31. <https://doi.org/10.1016/j.alcr.2016.10.004>
- Derogatis, L. (1992). *BSI: Brief symptom Inventory*. Minneapolis: National Computers Systems.
- Dores, M. J. (2013). *Qualidade de Vida na Reforma Antecipada por Doença Mental*. Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Educação de Beja, Beja.
- Dorn, D., & Sousa-Poza, A. (2010). “Voluntary” and “involuntary” early retirement: An international analysis. *Applied Economics*, 42(4), 427–438. <https://doi.org/10.1080/00036840701663277>
- Droogenbroeck, F. Van, & Spruyt, B. (2014). To Stop or Not to Stop: An Empirical Assessment of the Determinants of Early Retirement Among Active and Retired Senior Teachers. *Research on Aging*, 36(6), 753-777. <https://doi.org/10.1177/0164027513519449>
- Economias (2019). *Idade da reforma em Portugal em 2019*. Acedido a 20 de Julho de 2019, disponível em <https://www.economias.pt/idade-da-reforma-em-portugal/>
- Evans, D. (2016). An exploration of the impact of younger-onset dementia on employment. *Dementia*, 18(1), 262–281. <https://doi.org/10.1177/1471301216668661>
- Feldman, D. C. (1994). the Decision To Retire Early: a Review and Conceptualization. *Academy of Management Review*, 19(2), 285–311. <https://doi.org/10.5465/AMR.1994.9410210751>
- Figueiredo, J. (2019). *Estudo exploratório no âmbito da avaliação neuropsicológica de pedido de reforma antecipada por invalidez*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal.
- Firmino, H., Simões, M. R., Pinho, M. S., Cerejeira, J., & Martins, C. (2017). *Avaliação Cognitiva de Addenbrooke- Versão Revista. Manual Técnico*. Coimbra: FPCEUC/Laboratório de Avaliação Psicológica e Psicometria.
- Fischer, J., & Sousa-Poza, A. (2006). *The institutional determinants of early retirement in Europe*. *University of St. Gallen Economics Discussion*, 2006-08. <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.895081>
- Fleischmann, M., Stansfeld, S., Head, J., Kivimäki, M., McMunn, A., Xue, B., ... Carr, E. (2017). Effect of retirement on cognitive function: the Whitehall II cohort study. *European Journal of Epidemiology*, 33(10), 989–1001. <https://doi.org/10.1007/s10654-017-0347-7>
- Golonka, K., Mojsa-Kaja, J., Gawłowska, M., & Popiel, K. (2017). Cognitive impairments in occupational burnout - error processing and its indices of reactive and proactive control. *Frontiers in Psychology*, 8(MAY), 1–13. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00676>
- Grant, J., Hoorens, S., Sivadasan, S., van het Loo, M., DaVanzo, J., Hale, L., et al. (2004). *Low fertility and population ageing: Causes, consequences, and policy options*. Santa Monica: RAND Corporation.
- Grotz, C., Matharan, F., Amieva, H., Pérès, K., Laberon, S., Vonthron, A. M., ... Letenneur, L. (2016). Psychological transition and adjustment processes related to retirement: influence on cognitive functioning. *Aging and Mental Health*, 21(12), 1310–1316. <https://doi.org/10.1080/13607863.2016.1220920>
- Grotz, C., Meillon, C., Amieva, H., Stern, Y., Dartigues, J. F., Adam, S., & Letenneur, L. (2016). Why is

- later age at retirement beneficial for cognition? Results from a French population-based study. *Journal of Nutrition, Health and Aging*, 20(5), 514-519. <https://doi.org/10.1007/s12603-015-0599-4>
- Haynes, B. I., Bauermeister, S., & Bunce, D. (2017). A Systematic Review of Longitudinal Associations between Reaction Time Intraindividual Variability and Age-Related Cognitive Decline or Impairment, Dementia, and Mortality. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 23(5), 431-445. <https://doi.org/10.1017/S1355617717000236>
- Horner, E. M. (2014). Subjective Well-Being and Retirement: Analysis and Policy Recommendations. *Journal of Happiness Studies*, 15(1), 125-144. <https://doi.org/10.1007/s10902-012-9399-2>
- Instituto Nacional de Estatística. (2013). Transição da vida profissional para a reforma – Módulo ad hoc do Inquérito ao Emprego de 2012. *Estatísticas do Emprego – 2º trimestre de 2013*. Acedido a 4 de Fevereiro de 2019 em https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_estudos&ESTUDOSest_boui=221742378&ESTUDOSmodo=2
- Instituto Nacional de Estatística. (2018, October 14). *Pensionistas da segurança social com reforma antecipada (N.º); Anual - Instituto de Informática*. Acedido a 4 de Fevereiro de 2019, disponível em https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0006712&contexto=bd&selTab=tab2
- Kajitani, S., Sakata, K., & McKenzie, C. (2017). Occupation, retirement and cognitive functioning. *Ageing and Society*, 37(8), 1568-1596. <https://doi.org/10.1017/S0144686X16000465>
- Karpansalo, M., Manninen, P., Kauhanen, J., Lakka, T. A., & Salonen, J. T. (2004). Perceived health as a predictor of early retirement. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 30(4), 287-292. <https://doi.org/10.5271/sjweh.796>
- Kerr, H. D. (2016). *Effects of retirement on cognitive function: A gender and international perspective*. Master's Thesis, Queen's University, Ontario, Canada.
- Kinsella, K., & Phillips, D. R. (2005). Global aging: The challenge of success. *Population Bulletin*, 60(1), 1-40. <http://www.prb.org/pdf05/60.1GlobalAging.pdf>.
- König, S., Lindwall, M., Henning, G., & Johansson, B. (2018). Retirement as a lens for socioeconomic differences in Cognition and well-being. *Nordic Journal of Working Life Studies*, 8(2). <https://doi.org/10.18291/njwls.v8i2.106155>
- LaDuke, C., DeMatteo, D., Heilbrun, K., & Swirsky-Sacchetti, T. (2012). Clinical neuropsychology in forensic contexts: Practitioners' experience, training, and practice. *Professional Psychology: Research and Practice*, 43(5), 503-509. <https://doi.org/10.1037/a0028161>
- Lam, R. W., Kennedy, S. H., McIntyre, R. S., & Khullar, A. (2014). Cognitive dysfunction in Major Depressive Disorder: Effects on psychosocial functioning and implications for treatment. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 59(12), 649-654. doi:10.1177/070674371405901206
- Lezak, M. D., Howieson, D. B., Loring, D. W., Hannay, H. J., & Fischer, J. S. (2004). *Neuropsychological Assessment* (4.ª Ed.). Nova Iorque: Oxford University Press.
- Lindenberger, U., & Ghisletta, P. (2009). Cognitive and Sensory Declines in Old Age: Gauging the Evidence for a Common Cause. *Psychology and Aging*, 24(1), 1-16. <https://doi.org/10.1037/a0014986>
- Marôco, J. (2011). *Análise estatística com o SPSS Statistics* (5ª ed.). Pêro Pinheiro, Portugal: Report Number.

- Mazzonna, F., & Peracchi, F. (2012). Ageing, cognitive abilities and retirement. *European Economic Review*, 56(4), 691–710. <https://doi.org/10.1016/j.euroecorev.2012.03.004>
- Mein, G., Martikainen, P., Stansfeld, S. A., Brunner, E. J., Fuhrer, R., & Marmot, M. G. (2000). Predictors of early retirement in British civil servants. *Age Ageing*, 29, 529-536.
- Miller, L. A., McIntire, S. A., & Lovler, R. L. (2011). *Foundations of Psychological Testing: A Practical Approach*. Thousand Oaks, CA: SAGE.
- Mioshi, E., Dawson, K., Mitchell, J., Arnold, R., & Hodges J. R. (2006). The Addenbrooke’s Cognitive Examination Revised (ACE-R): A brief cognitive test battery for dementia screening. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 21, 1078-1085.
- Mosca I, & Wright RE. (2018). Effect of Retirement on Cognition: Evidence From the Irish Marriage Bar. *Demography*, 55(4), 1317–1341. <https://doi.org/10.1007/s13524-018-0682-7>
- Murman, D. L., Editor, G., & Jorgensen, L. E. (2015). The Impact of Age on Cognition and the Aging Auditory System. *Seminars in Hearing*, 36(1), 111–121. <https://doi.org/10.1055/s-0035-1555115>
- Nexo, M. A., Borg, V., Sejbaek, C. S., Carneiro, I. G., Hjarsbech, P. U., & Rugulies, R. (2015). Depressive symptoms and early retirement intentions among Danish eldercare workers: Cross-sectional and longitudinal analyses. *BMC Public Health*, 15, 1-8. doi:10.1186/s12889-015-1973-1
- Nilsson, K., Hydbom, A. R., & Rylander, L. (2016). How are self-rated health and diagnosed disease related to early or deferred retirement? A cross-sectional study of employees aged 55-64. *BMC Public Health*, 16(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3438-6>
- Oksanen, T., & Virtanen, M. (2012). Health and retirement: A complex relationship. *European Journal of Ageing*, 9(3), 221–225. <https://doi.org/10.1007/s10433-012-0243-7>
- Oliveira-Brochado, F., Simões, M. R., & Paúl, C. (2014). Inventário de Depressão de Beck–II (BDI-II). In L.S. Almeida, M. R. Simões, & M. M. Gonçalves (Eds.), *Instrumentos e contextos de avaliação psicológica* (Vol. II, pp. 187-209). Coimbra: Edições Almedina.
- Pietiläinen, O., Laaksonen, M., Rahkonen, O., & Lahelma, E. (2011). Self-rated health as a predictor of disability retirement - the contribution of ill-health and working conditions. *PLoS ONE*, 6(9). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0025004>
- Portaria n.º 25/2018, de 18 de janeiro-Trabalho, Solidariedade e Segurança Social. *Diário da República*, 1.ª série, N.º 13. Disponível em <https://dre.pt/application/conteudo/114545481>
- Promoteur, M., Facult, S., & Ann, S. (2018). Retirement and cognitive functioning: A longitudinal analysis. Master’s Thesis, Liège Université, Liège, France. Disponível em <http://hdl.handle.net/2268.2/4789>
- Rabbitt, P., Diggle, P., Smith, D., Holland, F., & Mc Innes, L. (2001). Identifying and separating the effects of practice and of cognitive ageing during a large longitudinal study of elderly community residents. *Neuropsychologia*, 39(5), 532-543. doi:10.1016/s0028-3932(00)00099-3
- Reitan, R. M. (1979). *Manual for administration of neuropsychological test batteries for adults and children*. Tucson, AZ: Neuropsychology Press.
- Rey, A. (1964). *L’examen clinique en psychologie*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Roberts, B. A., Fuhrer, R., Marmot, M., & Richards, M. (2011). Does retirement influence cognitive performance? The Whitehall II Study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 65(11), 958–963. <https://doi.org/10.1136/jech.2010.111849>

- Sabbath, E. L., Andel, R., Zins, M., Goldberg, M., & Berr, C. (2016). Domains of cognitive function in early old age: Which ones are predicted by pre-retirement psychosocial work characteristics? *Occupational and Environmental Medicine*, 73(10), 640–647. <https://doi.org/10.1136/oemed-2015-103352>
- Salthouse, T. (2010a). *Major issues in cognitive aging*. New York, NY: Oxford University Press.
- Salthouse, T. A. (2010b). Selective review of cognitive aging. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 16(5), 754–760. <https://doi.org/10.1017/S1355617710000706>
- Simões, M. R., Almeida, L. S., & Gonçalves, M. (2017). Instrumentos de avaliação psicológica forense: Contributos da investigação para a prática profissional. In M. R. Simões, L. S. Almeida, & M. M. Gonçalves (Eds.), *Psicologia forense - Instrumentos de avaliação* (pp. 1-17). Lisboa, Portugal: PACTOR.
- Simões, M. R., Firmino, H., Sousa, L. B., & Pinho, M. S. (2011, Novembro). *Addenbrooke Cognitive Examination Revised (ACE-R): Portuguese adaptation, validation and norming*. 39th Congress of European Association of Geriatric Psychiatry (EAGP), Porto, Portugal.
- Simões, M. R., Pinho, M. S., Prieto, G., Sousa, L. B., Ferreira, I., Gonçalves, C., ... Firmino, H. (2015). Addenbrooke's Cognitive Examination Revised (ACE-R). In Mário R. Simões, Isabel Santana, & Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demência (GEECD) (Coords.), *Escalas e Testes na Demência* (3ª ed., pp. 32-37). Lisboa: Novartis.
- Simões, M. R., Sousa, L., Duarte, P., Firmino, H., Pinho, M. S., Gaspar, ... França, S. (2010). Avaliação da simulação ou esforço insuficiente com o Rey 15-Item Memory Test (15-IMT): Estudos de validação em grupos de adultos idosos. *Análise Psicológica*, 1(XXVIII), 209-226.
- Sousa, L. B., Prieto, G., Vilar, M., Firmino, H., & Simões, M. R. (2015). The Adults and Older Adults Functional Assessment Inventory: A Rasch Model Analysis. *Research on Aging*, 37(8), 787-814.
- Sousa, L. B., Vilar, M., & Simões, M. R. (2013). *Inventário de Avaliação Funcional de Adultos e Idosos (IAFAI). Manual técnico*. Coimbra: Laboratório de Avaliação Psicológica e Psicometria/FPCE-UC.
- Sousa, L. B., Vilar, M., & Simões, M. R. (2015). *Inventário de Avaliação Funcional de Adultos e Idosos (IAFAI)*. Coimbra: Laboratório de Avaliação Psicológica e Psicometria/Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Stattin, M. (2005). Retirement on grounds of ill health. *Occupational and Environmental Medicine*, 62(2), 135–140. <https://doi.org/10.1136/oem.2004.015669>
- Tumino, M. C. (2016). Retirement and cognitive abilities. *Institute for Social and Economic Research*, 2016-06, 1-46. Retrieved from <https://www.iser.essex.ac.uk/research/publications/working-papers/iser/2016-06.pdf>
- Vaz Serra, A. (1986). O Inventário Clínico de Auto-Conceito. *Psiquiatria Clínica*, 7, 67-84.
- Vaz Serra, A. (1995). Inventário Clínico de Auto-Conceito. In L. S. Almeida, M. R. Simões, & M. M. Gonçalves (Eds.), *Provas Psicológicas em Portugal* (pp. 151-163). Braga: Associação dos Psicólogos Portugueses.
- Vilar, M., Sousa, L. B., Fonseca, M. S., Lages, H., Garcia, S. G., Pinho, J.I., ... Simões, M. R., (2017). Teste de Memória de Rey-15 Itens (15-IMT). In M. R. Simões, L. S. Almeida, & M. M. Gonçalves (Coord.), *Psicologia Forense. Instrumentos de Avaliação* (pp. 377-396). Lisboa: PACTOR.
- Virtanen, M., Singh-Manoux, A., Ferrie, J. E., Gimeno, D., Marmot, M. G., Elovainio, M., ... Kivimaki, M.

- (2009). Long Working Hours and Cognitive Function: The Whitehall II Study. *American Journal of Epidemiology*, 169(5), 596-605. doi:10.1093/aje/kwn382 *Am J Epidemiol* 2009.
- Wechsler, D. (1997a). *Wechsler Adult Intelligence Scale-Third Edition (WAIS-III)*. San Antonio TX: The Psychological Corporation.
- Wechsler, D. (1997b). *Wechsler Memory Scale. Third edition manual*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Wechsler, D. (2008a). *Escala de Inteligência de Wechsler para Adultos – Terceira Edição (Wechsler Adult Intelligence Scale – Third Edition; WAIS-III)*. Lisboa: CEGOC-TEA.
- Wechsler, D. (2008b). *Escala de Memória de Wechsler – Terceira Edição (Wechsler Memory Scale – Third Edition; WMS-III)*. Lisboa: CEGOC-TEA.
- Wilson, R. S., Barnes, L. L., Krueger, K. R., Hoganson, G., Bienias, J. L., & Bennett, D. A. (2005). Early and late life cognitive activity and cognitive systems in old age. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 11(4), 400–407. <https://doi.org/10.1017/S1355617705050459>
- Yu, S., Seil, K., & Maqsood, J. (2019). Impact of health on early retirement and post-retirement income loss among survivors of the 11 September 2001 world trade center disaster. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(7). <https://doi.org/10.3390/ijerph160>

Anexos

Anexo A. Protocolo de avaliação neuropsicológica

Instrumento	Dimensões avaliadas	Dados normativos	Estudos sobre Reforma Antecipada
RASTREIO COGNITIVO			
ACE-R <i>Addenbrooke's Cognitive Examination - Revised</i> (Mioshi et al., 2006; Versão portuguesa: Firmino et al., 2008, 2017; Simões et al., 2011, 2015)	- Pontuação global - Atenção e orientação - Memória - Funções executivas - Linguagem - Visuoespacial (+ pontuação derivada do MMSE)	Idade + Escolaridade	Inexistentes
FUNÇÕES NEUROCOGNITIVAS			
TMT A / B <i>Trail Making Test A e B</i> (Reitan, 1979; Versão portuguesa: Cavaco et al., 2013a)	- Exploração visuomotora - Velocidade de processamento - Atenção dividida - Flexibilidade cognitiva	Género Idade Escolaridade Idade + Escolaridade	Grotz et al., 2016b Sabbath et al., 2016
FV/FVS e FVF <i>Fluência Verbal Semântica e Fluência Verbal Fonémica</i> (Lezak, Howieson, Loring, Hannay, & Fischer, 2004; Versão portuguesa: Cavaco et al., 2013b)	- Produção espontânea de palavras de acordo com condições de procura restritas - Linguagem, memória, funções executivas	Género Idade Escolaridade Idade + Escolaridade	Denier et al., 2017 Sabbath et al., 2016 Wilson et al., 2005
FCR <i>Figura Complexa de Rey</i> (Rey, 1964; Versão portuguesa: Bonifácio, Cardoso-Pereira, & Pires, 2003)	- Memória visual - Capacidade visuoespacial/ visuoconstrutiva; - Planificação e resolução de problemas - Atenção - Capacidades visuomotoras	Idade Escolaridade	Inexistentes
LP I e II/Listas de Palavras I e II <i>Wechsler Memory Scale-Third Edition</i> (Wechsler, 1997b; Versão portuguesa Cegoc: Wechsler, 2008b)	- Memória auditiva imediata - Potencial de aprendizagem - Memória auditiva diferida - Reconhecimento - Retenção	Idade	Inexistentes
MD/Memória de Dígitos <i>WAIS-III: Wechsler Adult Intelligence Scale-Third Edition</i> (Wechsler, 1997a; Versão portuguesa Cegoc: Wechsler, 2008a)	- Memória de trabalho - Atenção	Idade	Inexistentes
Cd/Código <i>WAIS-III: Wechsler Adult Intelligence Scale-Third Edition</i>	- Atenção - Velocidade de processamento	Idade	Grotz, Meillon et al., 2016b

(Wechsler, 1997a;
Versão portuguesa Cegoc: Wechsler, 2008a)

- Capacidade Psicomotora

SÓCIOAFETIVO e PERSONALIDADE*

<p>BSI <i>Brief Symptom Inventory</i> (Derogatis, 1982; Versão portuguesa: Canavarro, 2007)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Índice Geral de Sintomas - Total de Sintomas Positivos - Índice de Sintomas Positivos - Somatização - Obsessões-compulsões - Sensibilidade interpessoal - Depressão - Ansiedade - Hostilidade - Ansiedade fóbica - Ideação paranóide - Psicoticismo 	<p>População geral Grupo clínico com perturbação emocional</p> <p style="text-align: right;">Inexistentes</p>
<p>BDI-II <i>Beck Depression Inventory-II</i> (Beck, Steer, & Brown, 1996; Versão portuguesa: Oliveira-Brochado, Simões, & Paúl, 2014)</p>	<p>Sintomatologia depressiva</p>	<p>Grau da sintomatologia (<i>mínima, ligeira, moderada e grave ou severa</i>)</p> <p style="text-align: right;">Inexistentes</p>
<p>ICAC <i>Inventário Clínico de Autoconceito</i> (Vaz Serra, 1986, 1995)</p>	<p>Autoconceito geral</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aceitação/rejeição social - Autoeficácia - Maturidade psicológica - Impulsividade/atividade 	<p>População geral (Idade)</p> <p style="text-align: right;">Inexistentes</p>

CAPACIDADE FUNCIONAL

<p>IAFAI <i>Instrumento de Avaliação Funcional de Adultos e Idosos</i> (Sousa, Vilar, & Simões, 2013, 2015)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Atividades Básicas de Vida Diária - Atividades Instrumentais de Vida Diária (Familiars e Avançadas) - Incapacidade Física, Cognitiva e Emocional 	<p>População geral:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Género + idade - Género + tipo de condições clínicas - Género + nº de condições clínicas <p style="text-align: right;">Inexistentes</p>
--	--	---

VALIDADE DE DESEMPENHO

<p>REY 15-IMT <i>Rey-15 Item Memory Test</i> (Boone, Salazar, Lu, Warner-Chacon, & Razani, 2002; Rey, 1964; Versão portuguesa: Simões et al., 2010; Vilar et al., 2017)</p>	<p>Esforço insuficiente</p>	<p>População Geral (escolaridade) Grupos de adultos e idosos com declínio cognitivo e sintomatologia depressiva</p> <p style="text-align: right;">Inexistentes</p>
--	-----------------------------	--

*Integra estudo complementar a decorrer, sobre perfil emocional e socioafetivo e reforma antecipada por invalidez

Anexo B. Perfil de follow-up em função da obtenção ou não obtenção de reforma

	OBTENÇÃO DE REFORMA					NÃO OBTENÇÃO DE REFORMA				
	Primeira avaliação (n=7)		Segunda avaliação(n=7)		Z (p)	Primeira avaliação (n=7)		Segunda avaliação (n=7)		Z (p)
	Min-Máx	M (DP)	Min-Máx	M (DP)		Min-Máx	M (DP)	Min-Máx	M (DP)	
<i>ACE-R</i>	58 – 91	77,71	44 – 93	77,71	-.271	64 – 94	78,86	63 – 91	81,71	-.339
<i>Total</i>		(13.060)		(16.800)	(.438)		(12.006)		(9.621)	(.391)
<i>ACE-R Atenção / Orientação</i>	14 – 18	17,00	15 – 18	17,43	-.552	13 – 18	16,86	16 – 18	17,29	-.378
		(1.528)		(1.134)	(.375)		(1.864)		(.951)	(.500)
<i>ACE-R Memória</i>	12 – 25	18,86	12 – 23	18,00	-1.732	11 – 23	18,00	13 – 24	18,71	-.256
		(4.670)		(4.546)	(.125)		(4.865)		(3.904)	(.438)
<i>ACE-R Funções executivas</i>	2 – 9	6,14	3 – 13	7,14	-1.225	4 – 11	7,14	7 – 12	9,29	-1.787
		(3.078)		(3.338)	(.156)		(2.545)		(1.890)	(.047)
<i>ACE-R Linguagem</i>	16 – 26	23,86	18 – 26	24,43	-1.633	20 – 26	23,29	22 – 26	24,57	-1.166
		(3.625)		(2.936)	(.125)		(2.289)		(1.902)	(-141)
<i>ACE-R Visuoespacial</i>	8 – 16	11,86	9 – 16	13,14	-1.725	9 – 16	13,57	14 – 16	15,00	-1.841
		(2.854)		(2.478)	(.078)		(2.370)		(1.000)	(.063)
<i>MMSE</i>	23 – 29	26,71	23 - 30	27,00	-.412	18 – 29	25,29	25 - 30	27,57	-1.265
		(2.215)		(2.449)	(.406)		(3.638)		(1.813)	(.141)
<i>TMT A (tempo)</i>	36 – 100	53,14	39 – 104	59,29	-.338	34 – 68	53,29	21 – 57	37,86	-1.859
		(23.695)		(22.794)	(.406)		(13.586)		(12.267)	(.039)
<i>TMT B (tempo)</i>	68 – 143	106,29	55 – 199	115,29	-.169	58 – 248	126,14	57 – 153	96,43	-1.014
		(32.092)		(59.362)	(.469)		(77.405)		38.253)	(.188)
<i>FV Fonémica P+M+R</i>	10 – 38	22,43	11 – 47	24,43	-.681	14- 41	21,20	12 – 38	26,00	-.674
		(10.097)		(11.844)	(.281)		(11.432)		(10.408)	(.313)
<i>FV Semântica Animais</i>	5 – 16	10,43	6 – 21	12,43	-1.364	7 – 19	12,00	13 – 21	15,43	-1.753
		(4.467)		(5.593)	(-109)		(4.848)		(2.936)	(.063)
<i>FCR Cópia</i>	16.50 – 32	25,71	23 – 34	29,43	-1.778	11 – 33	25,80	25 – 35	29,36	-1.095
		(5.098)		(4.894)	(.047)		(8.927)		(3.145)	(.188)
<i>FCR Evocação</i>	6.50 – 17.50	10,86	8.50 – 22.50	15,00	-1.778	6.50 – 25	14,00	8.50 - 23	15,57	-.271
		(4.497)		(5.204)	(.047)		(7.357)		(4.448)	(.438)
<i>LPI Total</i>	3 – 10	8,00	3 – 12	7,29	-.594	6 – 11	8,43	5 – 13	9,14	-.853
		(2.582)		(3.402)	(.320)		(2.070)		(2.911)	(.211)
<i>LPI 1ª Evocação</i>	5 – 12	9,57	6 – 12	9,43	-.184	5 – 14	9,29	6 – 14	10,00	-.638
		(2.440)		(2.225)	(.500)		(2.752)		(2.582)	(.313)
<i>LPI Aprendizagem</i>	6 – 10	7,43	4 – 13	7,00	-.516	5 – 10	8,86	7 – 12	9,29	-.425
		(1.512)		(2.887)	(.344)		(2.035)		(1.704)	(.406)
<i>LPI Contraste 1</i>	9 – 12	9,67	9 – 15	10,86	-1.089	6 – 14	9,57	4 – 10	8,14	-1.190
		(1.211)		(2.854)	(.250)		(2.936)		(2.854)	(.156)
<i>LPI Contraste 2</i>	7 – 14	10,50	6 – 12	9,43	-.736	6 – 14	10,43	6 – 14	8,86	-1.355
		(2.665)		(1.902)	(.313)		(3.359)		(2.734)	(.125)
<i>LPII Evocação</i>	6 – 12	9,14	5 – 14	9,43	-.256	7 – 14	10,14	5 – 12	8,57	-.935
		(1.952)		(2.878)	(.063)		(13.359)		(3.409)	(.203)
<i>LPII Retenção</i>	7 – 16	10,57	5 – 16	12,14	-1.590	7 – 16	11,43	5 – 11	8,00	-1.693
		(3.309)		(4.180)	(.078)		(3.671)		(2.582)	(.047)
<i>LPII Reconhecimento</i>	2 – 10	7,00	4 – 9	5,86	-1.160	4 – 14	7,86	5 – 12	8,43	-.594
		(3.055)		(1.952)	(.141)		(3.671)		(2.299)	(.297)
<i>Código</i>	5 – 12	9,67	-	-	-	4 – 12	8,29	7 – 14	10,50	-.368
		(2.658)					(3.147)		(3.512)	(.438)
<i>Memória de Dígitos</i>	5 – 12	9,17	-	-	-	8 - 11	9,43	6 - 15	12,00	-1.300
		(2.714)					(1.397)		(4.082)	(.188)

Anexo C. Perfil de funcionamento neurocognitivo dos sujeitos que obtiveram reforma

ID			1ª Avaliação		2ª Avaliação	
3	ACE-R	<i>ACE-R</i>	63	Muito Inferior	72	Muito Inferior
		<i>MMSE</i>	23	Muito Inferior	26	Inferior
		<i>Atenção e Orientação</i>	14	Muito Inferior	18	Médio
		<i>Memória</i>	12	Muito Inferior	12	Muito Inferior
		<i>Funções Executivas</i>	2	Muito Inferior	6	Muito Inferior
		<i>Linguagem</i>	25	Médio	25	Médio
		<i>Visuoespacial</i>	10	Muito Inferior	11	Muito Inferior
	Lista de	<i>RP Total 1ª Evocação</i>	5	Inferior	8	Médio
	Palavras I	<i>RP Total da Evocação</i>	3	Muito Inferior	5	Inferior
		<i>RP Aprendizagem</i>	8	Médio	6	Inferior
		<i>RP Contraste 1</i>	12	Médio	9	Médio
		<i>RP Contraste 2</i>	10	Médio	10	Médio
	Lista de	<i>RP Total de Evocação</i>	6	Inferior	5	Inferior
	Palavras II	<i>RP Percentagem e Retenção</i>	7	Médio Inferior	5	Inferior
		<i>RP Total de Reconhecimento</i>	2	Muito Inferior	4	Inferior
	FCR	<i>Cópia</i>	25.5	Inferior	26	Muito Inferior
		<i>Memória</i>	6.5	Muito Inferior	10.50	Muito Inferior
		Memória de Dígitos (Total)	8	Médio	-	-
		Código (Total)	9	Médio	-	-
		TMT A (Total)	70	Inferior	65	Médio
		TMT B (Total)	143	Médio Inferior	199	Superior
		FVF (P+M+R)	10	Muito Inferior	24	Médio
	FVS (Animais)	5	Muito Inferior	9	Muito Inferior	
	Total	47.60	Muito Inferior	10	Inferior	
	AVBD	6.8	Muito Inferior	4	Muito Inferior	
	AIVDF	20.40	Muito Inferior	6	Muito Inferior	
IAFAI	AIVDA	20.40	Muito Inferior	6	Médio Inferior	
	Físico	0	-	8	Muito Inferior	
	Cognitivo	36.40	Muito Inferior	2	Inferior	
	Emocional	11.20	Muito Inferior	0	Muito Inferior	
15-IMT	Evocação Imediata	7	Muito Inferior	15	Superior	
	Reconhecimento	13	Muito Inferior	29	Superior	

ID			1ª Avaliação		2ª Avaliação	
18	ACE-R	<i>ACE-R</i>	87	Médio Inferior	87	Médio
		<i>MMSE</i>	27	Médio	26	Médio
		<i>Atenção e Orientação</i>	18	Médio	18	Médio
		<i>Memória</i>	20	Médio Inferior	18	Inferior
		<i>Funções Executivas</i>	9	Médio Inferior	10	Médio
		<i>Linguagem</i>	26	Superior	26	Médio
		<i>Visuoespacial</i>	14	Médio Inferior	15	Médio
	Lista de Palavras I	<i>RP Total 1ª Evocação</i>	10	Médio	10	Médio
		<i>RP Total da Evocação</i>	9	Médio	8	Médio
		<i>RP Aprendizagem</i>	8	Médio	4	Inferior
		<i>RP Contraste 1</i>	9	Médio	15	Superior
		<i>RP Contraste 2</i>	7	Médio Inferior	10	Médio
	Lista de Palavras II	<i>RP Total de Evocação</i>	8	Médio	9	Médio
		<i>RP Percentagem e Retenção</i>	8	Médio	10	Médio
		<i>RP Total de Reconhecimento</i>	6	Inferior	8	Médio
	FCR	Cópia	32	Médio Inferior	33	Médio
		Memória	16.50	Médio	18	Médio Superior
	Memória de Dígitos (Total)		10	Médio	18	Superior
	Código (Total)		12	Médio	9	Médio
	TMT A (Total)		43	Médio	45	Médio
	TMT B (Total)		68	Médio	66	Médio
	FVF (P+M+R)		28	Médio	29	Médio
	FVS (Animais)		15	Médio	19	Médio
	IAFAI	Total	32	Muito Inferior	2	Médio
		AVBD	8	Inferior	0	Médio
		AIVDF	16	Muito Inferior	2	Médio
		AIVDA	8	Muito Inferior	0	Médio
Físico		8	Médio Inferior	0	Médio	
Cognitivo		18	Muito Inferior	2	Médio	
Emocional		6	Muito Inferior	0	Inferior	
15-IMT	Evocação Imediata	12	Médio	15	Superior	
	Reconhecimento	24	Médio	30	Superior	

ID			1ª Avaliação		2ª Avaliação		
43	ACE-R	<i>ACE-R</i>	58	Muito Inferior	44	Muito Inferior	
		<i>MMSE</i>	25	Muito Inferior	23	Muito Inferior	
		<i>Atenção e Orientação</i>	16	Muito Inferior	18	Médio	
		<i>Memória</i>	15	Muito Inferior	13	Muito Inferior	
		<i>Funções Executivas</i>	3	Muito Inferior	3	Muito Inferior	
		<i>Linguagem</i>	16	Muito Inferior	18	Muito Inferior	
		<i>Visuoespacial</i>	18	Muito Inferior	9	Muito Inferior	
	Lista de Palavras I		<i>RP Total 1ª Evocação</i>	8	Médio	6	Inferior
			<i>RP Total da Evocação</i>	6	Inferior	3	Inferior
			<i>RP Aprendizagem</i>	6	Inferior	5	Inferior
			<i>RP Contraste 1</i>	10	Médio	10	Médio
			<i>RP Contraste 2</i>	12	Médio	10	Médio
	Lista de Palavras II		<i>RP Total de Evocação</i>	10	Médio	8	Médio
			<i>RP Percentagem e Retenção</i>	16	Superior	16	Superior
			<i>RP Total de Reconhecimento</i>	4	Inferior	4	Inferior
	FCR		<i>Cópia</i>	16.50	Muito Inferior	24	Muito Inferior
			<i>Memória</i>	11.50	Inferior	8.5	Muito Inferior
		Memória de Dígitos (Total)		5	Inferior	-	-
		Código (Total)		5	Inferior	-	-
		TMT A (Total)		100	Muito Inferior	70	Médio
		TMT B (Total)		141	Muito Inferior	140	Médio
		FVF (P+M+R)		12	Inferior	11	Inferior
		FVS (Animais)		5	Muito Inferior	6	Muito Inferior
	IAFAI		Total	41.67	Muito Inferior	20.36	Inferior
			AVBD	12.50	Muito Inferior	6.12	Muito Inferior
			AIVDF	12.50	Muito Inferior	12.24	Muito Inferior
			AIVDA	16.67	Muito Inferior	2	Médio
		Físico	6.25	Inferior	6.25	Muito Inferior	
		Cognitivo	16.67	Muito Inferior	14.52	Muito Inferior	
		Emocional	18.75	Muito Inferior	0	Inferior	
15-IMT		Evocação Imediata	7	Muito Inferior	7	Inferior	
		Reconhecimento	15	Muito Inferior	8	Muito Inferior	

ID			1ª Avaliação		2ª Avaliação	
44	ACE-R	<i>ACE-R</i>	91	Médio	93	Médio
		<i>MMSE</i>	29	Médio Inferior	29	Médio
		<i>Atenção e Orientação</i>	18	Médio	18	Médio Superior
		<i>Memória</i>	25	Médio	23	Médio
		<i>Funções Executivas</i>	9	Médio Inferior	13	Superior
		<i>Linguagem</i>	25	Médio	26	Superior
		<i>Visuoespacial</i>	14	Médio Inferior	13	Inferior
	Lista de Palavras I	<i>RP Total 1ª Evocação</i>	10	Médio	12	Médio
		<i>RP Total da Evocação</i>	9	Médio	13	Médio Superior
		<i>RP Aprendizagem</i>	10	Médio	13	Médio Superior
		<i>RP Contraste 1</i>	9	Médio	9	Médio
		<i>RP Contraste 2</i>	8	Médio	8	Médio
	Lista de Palavras II	<i>RP Total de Evocação</i>	10	Médio	14	Superior
		<i>RP Percentagem e Retenção</i>	9	Médio	12	Médio
		<i>RP Total de Reconhecimento</i>	10	Médio	9	Médio
	FCR	<i>Cópia</i>	25	Inferior	34	Médio Inferior
		<i>Memória</i>	7,50	Inferior	10,5	Inferior
		Memória de Dígitos (Total)	12	Médio	-	-
		Código (Total)	11	Médio	-	-
		TMT A (Total)	41	Médio	47	Médio
		TMT B (Total)	79	Médio	55	Inferior
		FVF (P+M+R)	38	Médio	47	Superior
		FVS (Animais)	13	Médio	21	Médio
	IAFAI	Total	-	-	8.08	Médio Inferior
		AVBD	-	-	4	Médio Inferior
		AIVDF	-	-	4.08	Inferior
		AIVDA	-	-	0	Médio
Físico		-	-	4.16	Médio Inferior	
Cognitivo		-	-	4.16	Inferior	
Emocional		-	-	0	Inferior	
15-IMT	Evocação Imediata	7	Muito Inferior	15	Médio Superior	
	Reconhecimento	15	Muito Inferior	30	Superior	

ID			1ª Avaliação		2ª Avaliação		
48	ACE-R	<i>ACE-R</i>	90	Médio	90	Médio	
		<i>MMSE</i>	29	Médio	30	Médio Superior	
		<i>Atenção e Orientação</i>	18	Médio	18	Médio	
		<i>Memória</i>	23	Médio	23	Médio	
		<i>Funções Executivas</i>	7	Muito Inferior	7	Inferior	
		<i>Linguagem</i>	26	Médio	26	Superior	
		<i>Visuoespacial</i>	16	Médio	16	Médio	
	Lista de Palavras I	<i>RP Total 1ª Evocação</i>	10	Médio	10	Médio	
		<i>RP Total da Evocação</i>	10	Médio	7	Médio Inferior	
		<i>RP Aprendizagem</i>	8	Médio	7	Médio Inferior	
		<i>RP Contraste 1</i>	9	Médio	9	Médio	
		<i>RP Contraste 2</i>	14	Superior	12	Médio	
	Lista de Palavras II	<i>RP Total de Evocação</i>	12	Médio	8	Médio	
		<i>RP Percentagem e Retenção</i>	14	Superior	16	Superior	
		<i>RP Total de Reconhecimento</i>	9	Médio	5	Inferior	
	FCR	<i>Cópia</i>	31	Inferior	34	Médio Inferior	
		<i>Memória</i>	9	Inferior	22.5	Médio Superior	
	Memória de Dígitos (Total)			12	Médio	-	-
	Código (Total)			12	Médio	-	-
	TMT A (Total)			36	Médio	45	Médio
	TMT B (Total)			74	Médio	60	Inferior
	FVF (P+M+R)			27	Médio	26	Médio
	FVS (Animais)			10	Médio Inferior	9	Inferior
	IAFAI	Total	-	-	6	Inferior	
		AVBD	-	-	4	Muito Inferior	
		AIVDF	-	-	2	Inferior	
		AIVDA	-	-	0	Médio Inferior	
Físico		-	-	4	Inferior		
Cognitivo		-	-	2	Inferior		
Emocional		-	-	0	Muito Inferior		
15-IMT	Evocação Imediata	12	Médio	15	Médio Superior		
	Reconhecimento	25	Médio	30	Superior		

ID			1ª Avaliação		2ª Avaliação		
49	ACE-R	<i>ACE-R</i>	79	Muito Inferior	84	Muito Inferior	
		<i>MMSE</i>	28	Médio	29	Médio	
		<i>Atenção e Orientação</i>	18	Médio	17	Muito Inferior	
		<i>Memória</i>	21	Médio Inferior	21	Inferior	
		<i>Funções Executivas</i>	4	Muito Inferior	5	Muito Inferior	
		<i>Linguagem</i>	26	Médio	26	Superior	
		<i>Visuoespacial</i>	10	Muito Inferior	15	Médio	
	Lista de Palavras I	<i>RP Total 1ª Evocação</i>	12	Médio	12	Médio	
		<i>RP Total da Evocação</i>	9	Médio	10	Médio	
		<i>RP Aprendizagem</i>	6	Inferior	7	Médio Inferior	
		<i>RP Contraste 1</i>	-	-	9	Médio	
		<i>RP Contraste 2</i>	-	-	10	Médio	
	Lista de Palavras II	<i>RP Total de Evocação</i>	8	Médio	11	Médio	
		<i>RP Percentagem e Retenção</i>	9	Médio	10	Médio	
		<i>RP Total de Reconhecimento</i>	9	Médio	6	Inferior	
	FCR	<i>Cópia</i>	24	Inferior	32	Inferior	
		<i>Memória</i>	7.50	Inferior	16.50	Médio	
	Memória de Dígitos (Total)			-	-	-	-
	Código (Total)			-	-	-	-
	TMT A (Total)			46	Médio	39	Médio
	TMT B (Total)			123	Médio Inferior	106	Médio
	FVF (P+M+R)			16	Médio Inferior	20	Médio
	FVS (Animais)			9	Inferior	10	Inferior
IAFAI	Total	-	-	16.04	Muito Inferior		
	AVBD	-	-	6	Muito Inferior		
	AIVDF	-	-	8	Muito Inferior		
	AIVDA	-	-	2.4	Inferior		
	Físico	-	-	2.04	Inferior		
	Cognitivo	-	-	2.04	Inferior		
	Emocional	-	-	0	Muito Inferior		
15-IMT	Evocação Imediata	12	Médio	15	Médio Superior		
	Reconhecimento	25	Médio	27	Médio Superior		

ID			1ª Avaliação		2ª Avaliação		
57	ACE-R	<i>ACE-R</i>	76	Muito Inferior	84	Muito Inferior	
		<i>MMSE</i>	26	Médio Inferior	29	Médio	
		<i>Atenção e Orientação</i>	17	Inferior	17	Muito Inferior	
		<i>Memória</i>	16	Muito Inferior	21	Inferior	
		<i>Funções Executivas</i>	9	Médio Inferior	5	Muito Inferior	
		<i>Linguagem</i>	23	Médio	26	Superior	
		<i>Visuoespacial</i>	11	Muito Inferior	15	Médio	
	Lista de Palavras I		<i>RP Total 1ª Evocação</i>	12	Médio	12	Médio
			<i>RP Total da Evocação</i>	10	Médio	10	Médio
			<i>RP Aprendizagem</i>	6	Inferior	7	Médio Inferior
			<i>RP Contraste 1</i>	9	Médio	9	Médio
			<i>RP Contraste 2</i>	12	Médio	10	Médio
	Lista de Palavras II		<i>RP Total de Evocação</i>	10	Médio	11	Médio
			<i>RP Percentagem e Retenção</i>	11	Médio	10	Médio
			<i>RP Total de Reconhecimento</i>	9	Médio	6	Inferior
	FCR		<i>Cópia</i>	26	Inferior	32	Inferior
			<i>Memória</i>	17.5	Médio	16.5	Médio
		Memória de Dígitos (Total)		8	Médio	-	-
		Código (Total)		9	Médio	-	-
		TMT A (Total)		36	Médio Superior	39	Médio
		TMT B (Total)		116	Médio	106	Médio
		FVF (P+M+R)		26	Médio	20	Médio
		FVS (Animais)		16	Médio	10	Inferior
	IAFAI		Total	-	-	20.70	Muito Inferior
			AVBD	-	-	10	Muito Inferior
			AIVDF	-	-	8.70	Muito Inferior
			AIVDA	-	-	10	Muito Inferior
		Físico	-	-	10.87	Inferior	
		Cognitivo	-	-	6.25	Inferior	
		Emocional	-	-	0	Muito Inferior	
15-IMT		Evocação Imediata	-	-	15	Médio Superior	
		Reconhecimento	-	-	27	Médio Superior	

Anexo D. Perfil de funcionamento neurocognitivo dos sujeitos que não obtiveram reforma

ID			1ª Avaliação		2ª Avaliação	
5	ACE-R	<i>ACE-R</i>	65	Médio Inferior	81	Médio
		<i>MMSE</i>	25	Médio	27	Médio
		<i>Atenção e Orientação</i>	18	Médio	16	Inferior
		<i>Memória</i>	11	Médio Inferior	19	Médio
		<i>Funções Executivas</i>	4	Médio Inferior	10	Médio
		<i>Linguagem</i>	20	Médio	22	Médio
		<i>Visuoespacial</i>	12	Médio Inferior	14	Médio
	Lista de	<i>RP Total 1ª Evocação</i>	10	Médio	8	Médio
	Palavras I	<i>RP Total da Evocação</i>	6	Inferior	7	Médio Inferior
		<i>RP Aprendizagem</i>	5	Inferior	10	Médio
		<i>RP Contraste 1</i>	6	Inferior	4	Inferior
		<i>RP Contraste 2</i>	14	Superior	8	Médio
	Lista de	<i>RP Total de Evocação</i>	10	Médio	5	Médio
	Palavras II	<i>RP Percentagem e Retenção</i>	16	Superior	6	Médio
		<i>RP Total de Reconhecimento</i>	5	Inferior	7	Médio Inferior
	FCR	<i>Cópia</i>	-	-	27.5	Muito Inferior
		<i>Memória</i>	-	-	18.5	Médio
		Memória de Dígitos (Total)	8	Médio	18	Superior
		Código (Total)	4	Inferior	9	Médio
		TMT A (Total)	58	Médio	42	Médio
		TMT B (Total)	222	Médio	139	Médio
		FVF (P+M+R)	14	Médio Inferior	21	Médio
		FVS (Animais)	7	Muito Inferior	17	Médio
		Total	-	-	8	Inferior
		AVBD	-	-	8	Muito Inferior
		AIVDF	-	-	0	Médio Inferior
	IAFAI	AIVDA	-	-	0	Médio Inferior
		Físico	-	-	4	Inferior
		Cognitivo	-	-	0	Médio Inferior
		Emocional	-	-	0	Inferior
	15-IMT	Evocação Imediata	6	Médio	9	Muito Inferior
		Reconhecimento	12	Médio	16	Muito Inferior

ID			1ª Avaliação		2ª Avaliação	
1	ACE-R	<i>ACE-R</i>	88	Médio	91	Médio
		<i>MMSE</i>	28	Médio	30	Médio Superior
		<i>Atenção e Orientação</i>	18	Médio	16	Muito Inferior
		<i>Memória</i>	22	Médio	24	Médio
		<i>Funções Executivas</i>	8	Médio	9	Médio
		<i>Linguagem</i>	25	Médio	26	Médio Superior
		<i>Visuoespacial</i>	15	Médio	16	Médio
	Lista de Palavras I	<i>RP Total 1ª Evocação</i>	10	Médio	10	Médio
		<i>RP Total da Evocação</i>	10	Médio	12	Médio
		<i>RP Aprendizagem</i>	10	Médio	12	Médio
		<i>RP Contraste 1</i>	10	Médio	4	Inferior
		<i>RP Contraste 2</i>	12	Médio	14	Superior
	Lista de Palavras II	<i>RP Total de Evocação</i>	11	Médio	12	Médio
		<i>RP Percentagem e Retenção</i>	10	Médio	11	Médio
		<i>RP Total de Reconhecimento</i>	11	Médio	12	Médio
	FCR	<i>Cópia</i>	-	-	29	Muito Inferior
		<i>Memória</i>	-	-	15	Médio
		Memória de Dígitos (Total)	11	Médio	13	Médio Superior
		Código (Total)	11	Médio	13	Médio Superior
		TMT A (Total)	58	Médio Inferior	21	Inferior
		TMT B (Total)	68	Superior	153	Médio
		FVF (P+M+R)	-	-	25	Médio
		FVS (Animais)	-	-	13	Médio
	Total	-	-	2	Médio	
	AVBD	-	-	0	Médio	
	AIVDF	-	-	0	Médio Superior	
IAFAI	AIVDA	-	-	2	Médio Inferior	
	Físico	-	-	0	Médio	
	Cognitivo	-	-	0	Médio	
	Emocional	-	-	2	Muito Inferior	
15-IMT	Evocação Imediata	13	Médio	14	Médio	
	Reconhecimento	23	Médio	28	Médio Superior	

ID			1ª Avaliação		2ª Avaliação	
25	ACE-R	<i>ACE-R</i>	94	Médio	90	Médio
		<i>MMSE</i>	29	Médio	25	Inferior
		<i>Atenção e Orientação</i>	18	Médio	18	Médio
		<i>Memória</i>	23	Médio	21	Médio
		<i>Funções Executivas</i>	11	Médio	9	Inferior
		<i>Linguagem</i>	26	Médio	26	Superior
		<i>Visuoespacial</i>	16	Médio	18	Médio
	Lista de Palavras I	<i>RP Total 1ª Evocação</i>	14	Superior	10	Médio
		<i>RP Total da Evocação</i>	11	Médio	7	Médio Inferior
		<i>RP Aprendizagem</i>	10	Médio	8	Médio
		<i>RP Contraste 1</i>	6	Inferior	10	Médio
		<i>RP Contraste 2</i>	8	Médio	7	Médio Inferior
	Lista de Palavras II	<i>RP Total de Evocação</i>	14	Superior	5	Inferior
		<i>RP Percentagem e Retenção</i>	13	Médio Superior	5	Inferior
		<i>RP Total de Reconhecimento</i>	14	Superior	9	Médio
	FCR	Cópia	30	Inferior	30	Inferior
		Memória	25	Superior	23	Superior
	Memória de Dígitos (Total)		11	Médio	15	Superior
	Código (Total)		12	Médio	8	Médio
	TMT A (Total)		35	Médio	46	Médio
	TMT B (Total)		58	Médio	57	Inferior
	FVF (P+M+R)		41	Médio	12	Médio
	FVS (Animais)		19	Médio	21	Médio
	IAFAI	Total	-	-	0	Médio
		AVBD	-	-	0	Médio Inferior
		AIVDF	-	-	0	Médio Inferior
		AIVDA	-	-	0	Médio Inferior
Físico		-	-	0	Médio Inferior	
Cognitivo		-	-	0	Médio Inferior	
Emocional		-	-	0	Muito Inferior	
15-IMT	Evocação Imediata	15	Médio	15	Médio Superior	
	Reconhecimento	30	Médio	30	Médio Superior	

ID			1ª Avaliação		2ª Avaliação	
26	ACE-R	<i>ACE-R</i>	86	Médio Inferior	88	Médio
		<i>MMSE</i>	26	Inferior	30	Médio
		<i>Atenção e Orientação</i>	16	Muito Inferior	18	Médio
		<i>Memória</i>	22	Médio	20	Médio
		<i>Funções Executivas</i>	9	Médio Inferior	12	Superior
		<i>Linguagem</i>	25	Médio	22	Inferior
		<i>Visuoespacial</i>	14	Médio Inferior	16	Médio
	Lista de Palavras I	<i>RP Total 1ª Evocação</i>	10	Médio	14	Superior
		<i>RP Total da Evocação</i>	10	Médio	13	Médio Superior
		<i>RP Aprendizagem</i>	10	Médio	10	Médio
		<i>RP Contraste 1</i>	12	Médio	10	Médio
		<i>RP Contraste 2</i>	6	Inferior	6	Inferior
	Lista de Palavras II	<i>RP Total de Evocação</i>	7	Médio Inferior	12	Médio
		<i>RP Percentagem e Retenção</i>	7	Médio Inferior	10	Médio
		<i>RP Total de Reconhecimento</i>	9	Médio	10	Médio
	FCR	<i>Cópia</i>	31	Inferior	35	Médio
		<i>Memória</i>	15.5	Médio	15	Médio Inferior
		Memória de Dígitos (Total)	10	Médio	14	Superior
		Código (Total)	11	Médio	14	Superior
		TMT A (Total)	34	Médio Superior	28	Médio
		TMT B (Total)	70	Médio Superior	64	Médio
		FVF (P+M+R)	-	-	38	Médio
		FVS (Animais)	-	-	16	Médio
		Total	-	-	14	Inferior
		AVBD	-	-	0	Médio
		AIVDF	-	-	2	Muito Inferior
	IAFAI	AIVDA	-	-	4	Inferior
	Físico	-	-	0	Médio	
	Cognitivo	-	-	14	Muito Inferior	
	Emocional	-	-	0	Inferior	
15-IMT	Evocação Imediata	12	Médio	15	Médio	
	Reconhecimento	24	Médio	29	Médio	

ID			1ª Avaliação		2ª Avaliação		
34	ACE-R	<i>ACE-R</i>	64	Muito Inferior	79	Muito Inferior	
		<i>MMSE</i>	18	Muito Inferior	27	Médio	
		<i>Atenção e Orientação</i>	13	Muito Inferior	18	Médio	
		<i>Memória</i>	14	Muito Inferior	20	Inferior	
		<i>Funções Executivas</i>	7	Muito Inferior	11	Inferior	
		<i>Linguagem</i>	21	Muito Inferior	26	Superior	
		<i>Visuoespacial</i>	9	Muito Inferior	14	Inferior	
	Lista de Palavras I		<i>RP Total 1ª Evocação</i>	8	Médio	12	Médio
			<i>RP Total da Evocação</i>	7	Médio Inferior	10	Médio
			<i>RP Aprendizagem</i>	7	Médio Inferior	10	Médio
			<i>RP Contraste 1</i>	9	Médio	10	Médio
			<i>RP Contraste 2</i>	14	Superior	10	Médio
	Lista de Palavras II		<i>RP Total de Evocação</i>	10	Médio	11	Médio
			<i>RP Percentagem e Retenção</i>	13	Médio Superior	9	Médio
			<i>RP Total de Reconhecimento</i>	5	Inferior	9	Médio
	FCR		<i>Cópia</i>	11	Inferior	28	Muito Inferior
			<i>Memória</i>	8	Inferior	15.5	Inferior
		Memória de Dígitos (Total)		8	Médio	-	-
		Código (Total)		7	Médio Inferior	-	-
		TMT A (Total)		68	Muito Inferior	30	Inferior
		TMT B (Total)		248	Muito Inferior	63	Inferior
		FVF (P+M+R)		21	Médio Inferior	36	Médio
		FVS (Animais)		12	Médio	15	Médio
	IAFAI		Total	50	Muito Inferior	20.33	Muito Inferior
			AVBD	10	Muito Inferior	16.33	Muito Inferior
			AIVDF	24	Muito Inferior	2	Médio
			AIVDA	16	Muito Inferior	2	Médio Inferior
		Físico	4	Médio	6.12	Inferior	
		Cognitivo	18	Muito Inferior	8.16	Muito Inferior	
		Emocional	28	Muito Inferior	0	Médio	
15-IMT		Evocação Imediata	11	Médio	12	Médio	
		Reconhecimento	21	Médio	27	Médio Superior	

ID			1ª Avaliação		2ª Avaliação		
38	ACE-R	<i>ACE-R</i>	84	Médio Inferior	80	Muito Inferior	
		<i>MMSE</i>	27	Médio	27	Médio	
		<i>Atenção e Orientação</i>	18	Médio	18	Médio	
		<i>Memória</i>	20	Médio	14	Muito Inferior	
		<i>Funções Executivas</i>	7	Inferior	7	Muito Inferior	
		<i>Linguagem</i>	24	Médio	26	Médio	
		<i>Visuoespacial</i>	15	Médio	15	Médio	
	Lista de Palavras I	<i>RP Total 1ª Evocação</i>	5	Inferior	6	Inferior	
		<i>RP Total da Evocação</i>	6	Inferior	5	Inferior	
		<i>RP Aprendizagem</i>	10	Médio	7	Médio Inferior	
		<i>RP Contraste 1</i>	14	Superior	10	Médio	
		<i>RP Contraste 2</i>	7	Médio Inferior	7	Médio Inferior	
	Lista de Palavras II	<i>RP Total de Evocação</i>	7	Médio Inferior	5	Inferior	
		<i>RP Percentagem e Retenção</i>	7	Médio Inferior	5	Inferior	
		<i>RP Total de Reconhecimento</i>	4	Inferior	7	Médio Inferior	
	FCR	<i>Cópia</i>	33	Médio	31	Inferior	
		<i>Memória</i>	15	Médio	13.5	Inferior	
	Memória de Dígitos (Total)			8	Médio	-	-
	Código (Total)			5	Inferior	-	-
	TMT A (Total)			55	Médio	41	Médio
	TMT B (Total)			116	Médio	96	Médio
	FVF (P+M+R)			16	Médio Inferior	24	Médio
	FVS (Animais)			14	Médio	13	Médio
	IAFAI	Total	41.67	Muito Inferior	6	Inferior	
		AVBD	12.5	Muito Inferior	0	Médio Inferior	
		AIVDF	12.5	Muito Inferior	6	Muito Inferior	
		AIVDA	16.67	Muito Inferior	0	Médio Inferior	
Físico		6.25	Inferior	0	Médio Inferior		
Cognitivo		16.67	Muito Inferior	6	Muito Inferior		
Emocional		18.75	Muito Inferior	0	Muito Inferior		
15-IMT	Evocação Imediata	9	Médio Inferior	10	Médio		
	Reconhecimento	14	Médio Inferior	16	Médio Inferior		

ID			1ª Avaliação		2ª Avaliação	
46	ACE-R	<i>ACE-R</i>	71	Muito Inferior	63	Muito Inferior
		<i>MMSE</i>	24	Muito Inferior	27	Inferior
		<i>Atenção e Orientação</i>	17	Muito Inferior	17	Muito Inferior
		<i>Memória</i>	14	Muito Inferior	13	Muito Inferior
		<i>Funções Executivas</i>	4	Muito Inferior	7	Muito Inferior
		<i>Linguagem</i>	22	Muito Inferior	24	Médio
		<i>Visuoespacial</i>	14	Médio Inferior	14	Médio Inferior
	Lista de Palavras I	<i>RP Total 1ª Evocação</i>	8	Médio	10	Médio
		<i>RP Total da Evocação</i>	9	Médio	10	Médio
		<i>RP Aprendizagem</i>	10	Médio	8	Médio
		<i>RP Contraste 1</i>	10	Médio	9	Médio
		<i>RP Contraste 2</i>	12	Médio	10	Médio
	Lista de Palavras II	<i>RP Total de Evocação</i>	10	Médio	10	Médio
		<i>RP Percentagem e Retenção</i>	9	Médio	10	Médio
		<i>RP Total de Reconhecimento</i>	20	Médio	5	Inferior
	FCR	<i>Cópia</i>	24	Muito Inferior	25	Muito Inferior
		<i>Memória</i>	6.5	Muito Inferior	8.5	Muito Inferior
	Memória de Dígitos (Total)		10	Médio	-	-
	Código (Total)		8	Médio	-	-
	TMT A (Total)		65	Inferior	57	Médio
	TMT B (Total)		101	Médio	103	Médio
	FVF (P+M+R)		14	Médio Inferior	16	Inferior
	FVS (Animais)		8	Inferior	13	Médio
	IAFAI	Total	72.40	Muito Inferior	10	Inferior
		AVBD	23.40	Muito Inferior	0	Médio
		AIVDF	27.70	Muito Inferior	4	Médio Inferior
		AIVDA	21.30	Muito Inferior	6	Muito Inferior
Físico		23.40	Muito Inferior	0	Médio	
Cognitivo		31.90	Muito Inferior	10	Muito Inferior	
Emocional		17.10	Muito Inferior	0	Inferior	
15-IMT	Evocação Imediata	-	-	12	Médio	
	Reconhecimento	-	-	24	Médio	